



UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE MEDICINA

---

**“EVALUACIÓN Y MODIFICACIÓN DE LOS  
CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS  
ESTUDIANTES DE PRIMER AÑO DE LA ESCUELA DE  
DERECHO DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA FRENTE  
A LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)  
Y VIH/SIDA”**

*Tesis previa a la  
obtención del  
título de Médico.*

**Autoras:**

*Alexandra Regalado M.  
Julia Reinoso J.  
Johanna Riera Q.*

**Directora: Dra. Eulalia Freire S.**

**Asesor de investigación: Dra. Eulalia Freire S.**

**CUENCA -ECUADOR  
2008-2009**



## RESUMEN

**Objetivo.** Medir la modificación de conocimientos, actitudes y prácticas sobre ITS/VIH/SIDA en los estudiantes de la Universidad de Cuenca de la Facultad de Jurisprudencia en la Escuela de Derecho, después de una intervención educativa.

**Materiales y método.** Con un diseño cuasi-experimental, modalidad antes y después, se incluyó 99 estudiantes a los que se midió los conocimientos, actitudes y prácticas antes de la intervención educativa y tres meses después de ella.

**Resultados.** En los conocimientos hubo un incremento promedio de 5.67 a 7.22; las actitudes de igual manera 6.57 a 8.17; a diferencia de las prácticas no tuvieron una variación con un promedio de 4.7, en el grupo intervenido.

La media de edad de inicio de las relaciones sexuales fue de  $15.6 \pm 2.2$  años; con respecto al número de personas con las que tuvieron relaciones sexuales en los 3 últimos meses fue de  $1.2 \pm 0.8$  en la preintervención, en la post intervención fue de  $1.3 \pm 0.9$ , lo que nos dio una



diferencia de medias estadísticamente significativa ( $P < 0,05$ ).

Según la Escala de Autoeficacia para prevenir el SIDA, en todas las 27 preguntas el nivel de autoeficacia mejoró en el grupo intervenido de manera significativa.

**Conclusión.** Se concluyó que la intervención educativa diseñada elevó los conocimientos, mejoró las actitudes y la autoeficacia de los estudiantes frente a las ITS/VIH/SIDA; y se dio una modificación beneficiosa en las prácticas de prevención; a diferencia de las prácticas de riesgo donde no encontramos modificación.

**Descriptor DeCS.** Conocimientos, actitudes, prácticas ITS, VIH, SIDA, prevención, autoeficacia.

## ABSTRACT

**Aim.** Measure the change in knowledge, attitudes and practices on STI/HIV/AIDS among students of the University of Cuenca, Faculty of Jurisprudence at the Law School after an educational intervention.

**Materials and methods.** With a quasi-experimental design, modality before and after, it included 99 students who were measured knowledge, attitudes and practices before the educational intervention and three months thereafter.



**Results.** In the knowledge there was an average increase of 5.67 to 7.22; attitudes just as 6.57 to 8.17, in contrast to the practices had a variation with an average of 4.7 in the intervention group.

The average age of first intercourse was  $15.6 \pm 2.2$  years compared to the number of people they had sex in the last 3 months was  $1.2 \pm 0.8$  in the pre-intervention in the post-intervention was  $1.3 \pm 0.9$ , which gave us a mean difference was statistically significant ( $P < 0.05$ ).

According to the Self-Efficacy Scale for AIDS prevention in all 27 questions the level of self-efficacy in the intervention group improved significantly.

**Conclusion.** It was concluded that the educational intervention designed to raise the knowledge, improved attitudes and self-efficacy of students against STI/HIV/AIDS, and there was a beneficial change in the practices of prevention, as opposed to risky practices where there are modified.

**Subject headings.** Knowledge, attitudes, practices, STIs, HIV, AIDS, prevention, self-efficacy.



## ÍNDICE

Contenido	Página
<b>Capítulo I</b>	
1.1. Introducción.....	7
1.2. Planteamiento del Problema .....	10
1.3. Justificación.....	18
<b>Capítulo II</b>	
2. Marco teórico.....	19
2.1. Incidencia de las ITS .....	20
2.2. Infecciones de transmisión sexual.....	21
2.3. Las teorías del aprendizaje .....	61
2.4. Teoría Social Cognitiva de Albert Bandura .....	64
2.5. Teoría de Vigotsky.....	73
2.6. Teoría de Paulo Freire .....	76
2.7. ¿Las intervenciones modifican las conductas?.....	80
2.8. Las encuestas CAPs .....	84
<b>Capítulo III</b>	
3. Hipótesis y objetivos .....	86
3.1. Hipótesis.....	86
3.2. Objetivos .....	86
<b>Capítulo IV</b>	
4. Diseño Metodológico.....	88
4.1. Tipo de estudio.....	88
4.2. Área de estudio .....	88



4.3. Universo y Muestra .....	89
4.4. Variables.....	90
4.5. Procedimientos, Técnicas e Instrumentos .....	92
4.6. Dinámica de la Investigación.....	98
4.7. Aspectos éticos de investigación.....	101
4.8. Análisis de la Información y presentación de los resultados.....	102
<b>Capítulo V</b>	
5 Resultados. ....	103
5.1 Cumplimiento del Estudio .....	103
5.2. Caracterización de la Población de estudio .....	103
5.3. Resultados antes y después de la intervención educativa .....	105
5.4. Auto eficacia para prevenir el SIDA.....	125
5.5. Contrastación de la Hipótesis.....	130
<b>Capítulo VI</b>	
6. Discusión .....	130
<b>Capítulo VII</b>	
7.1. Conclusiones.....	143
7.2. Recomendaciones .....	144
<b>Capítulo VIII</b>	
8.1. Referencias Bibliográficas.....	144
8.2. Bibliografía Consultada.....	152



## Capítulo IX

Anexos .....	163
--------------	-----



# ***“EVALUACIÓN Y MODIFICACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS ESTUDIANTES DE PRIMER AÑO DE LA ESCUELA DE DERECHO DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA FRENTE A LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y VIH/SIDA”***

## **CAPÍTULO I**

### **1.1. INTRODUCCIÓN**

La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca debido al incremento de la incidencia-prevalencia de las Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA, ha desarrollado un programa de información y prevención en una población vulnerable como son los jóvenes universitarios; razón por la que efectuamos el siguiente trabajo de intervención.

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), retrovirus linfotrópico de células T de la familia de los Lentivirus, fue descubierto en 1983 por Luc Montagnier y colaboradores. Desde entonces la infección por el VIH se ha convertido en pandemia con cerca de cuarenta millones de personas infectadas a escala mundial y tres millones de muertes por año, relacionadas con este virus





La progresión de la infección por el VIH produce el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), estado en el que definitivamente contribuye a un desgaste físico general del individuo y que conduce a la muerte.

La pandemia del VIH sigue constituyendo a nivel mundial uno de los desafíos más importantes en enfermedades infecciosas para la salud pública. Según el último “Informe sobre la Epidemia Mundial del SIDA”, en el año 2007, 33 millones de personas viven con VIH, siendo el África subsahariana la región más gravemente afectada, debido a un acceso aún inadecuado a los servicios de prevención y tratamiento del VIH (1).

La infección del VIH/SIDA va de la mano con los índices de prevalencia e incidencia de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Por lo que frente al crecimiento de la incidencia de ITS/VIH/SIDA entre los jóvenes en los ámbitos mundial y nacional, se han multiplicado, se realizan esfuerzos científicos para entender mejor los contextos y mecanismos sociales que intervienen en el avance de la epidemia tanto entre los jóvenes como en otros grupos de edad. Así, ahora son mejor entendidos los factores ligados al no uso del condón -método para prevenir la transmisión de las ITS, que no se limitan a la falta de recursos



económicos o informativos, sino que también tienen que ver con la construcción social de la sexualidad y del riesgo entre los jóvenes. Estas construcciones se suman a las condiciones de riesgo propias de la vulnerabilidad de aquellos grupos o individuos fragilizados por el sistema cultural y social, como lo están frente al VIH/SIDA las mujeres, los migrantes y los jóvenes.

“ITS/VIH/SIDA trinomio que no debe mirarse desde la concepción de individuos aislados, sino dentro de un contexto que los incluya en un medio social, político, cultural, del trabajo, la educación, entonces observamos que el ITS/VIH/SIDA son problemas complejos donde se debe realizar un análisis multifacético en un ámbito intersectorial construyendo una respuesta integral más efectiva para su prevención y control y concibiéndolo como un problema que si mantiene la tendencia actual potencialmente afectará el desarrollo del Ecuador”.(2)

Si bien la magnitud de la epidemia del VIH/SIDA en el Ecuador aún no es alarmante (0,3%), sin embargo se puede ver un crecimiento sostenido de la misma en los últimos años. Siendo un país donde la incidencia aún no ha alcanzado un alto nivel, es imperativo desarrollar respuestas inmediatas de planificación para hacerle frente



a este problema que se ve venir, sobre todo el trabajo debe enfocarse en la población con mayores condiciones de vulnerabilidad, desarrollando estrategias integrales que ayuden a prevenir y mitigar los efectos de la epidemia.(3)

## **1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La infección VIH/SIDA, desconocida hasta hace un cuarto de siglo, se le considera como la principal causa de defunción de las enfermedades transmisibles en todo el mundo. Actualmente se estima que hay unos 33 millones (30,3 a 36,1 millones) de personas afectadas por el VIH/SIDA, de las que unos dos millones son menores de 15 años. La mitad de los adultos con la infección VIH/SIDA son mujeres y más de 20 millones de personas han muerto ya de SIDA. (ONUSIDA 2008). Según las últimas cifras de ONUSIDA 2008, en América Latina vivían 1,7 millones de seropositivos, de los cuales 47.000 son niños y unos 400.000 jóvenes de entre 14 y 24 años de edad (4)

La epidemia varía, en magnitud e impacto, de una región a otra. El África subsahariana es el primer foco de infección en el mundo, al sumar el 67% de la población mundial infectada, y casi el 90% de los niños afectados en todo el planeta.



De acuerdo a los datos revelados por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la presentación del informe de 2007 de la Situación de la epidemia de sida:

**“El número de personas que vivían con el VIH/SIDA en 2007. Por regiones (total adultos + niños):**

- \* África subsahariana: 22 millones.
- \* África del Norte y Oriente Medio: 380.000 personas (320.000 de ellas en Sudán).
- \* América Latina: 1,7 millones.
- \* Caribe: 230.000 personas.
- \* América del Norte: 1,2 millones.
- \* Europa occidental y central: 730.000 personas.
- \* Europa oriental y Asia central: 1,5 millones.
- \* Asia del este: 740.000 personas.
- \* Asia del sur y del sudeste: 4,2 millones.
- \* Oceanía: 74.000 personas.

**Las nuevas infecciones por el VIH en 2007:**

Total en el mundo: 33 millones (1,9 sólo en el África subsahariana), es decir 7.500 personas al día.



Alrededor de 370.000 menores de 15 años en todo el año.

**Por regiones (total adultos + niños):**

- \* África subsahariana: 1,9 millones.
- \* África del Norte y Oriente Medio: 40.000 personas.
- \* América Latina: 140.000.      \* Caribe: 20.000.\*
- América del Norte: 54.000.
- \* Europa occidental y central: 27.000.
- \* Europa oriental y Asia central: 110.000.
- \* Asia del este: 52.000.
- \* Asia del sur y del sudeste: 330.000.
- \* Oceanía: 13.000.

**Las Muertes de sida en 2007:**

En el mundo: 2 millones (de 1,8 a 2,3 millones), en descenso por primera vez tras décadas al alza.

Por regiones (total adultos + niños):

- \* África subsahariana: 1,5 millones.
- \* África del Norte y Oriente Medio: cifra no comunicada.
- \* América Latina: 63.000 personas.
- \* Caribe: 14.000 muertes
- \* América del Norte: 23.000 muertes
- \* Europa occidental y central: 8.000 muertes



- \* Europa oriental y Asia central: 58.000 muertes.
- \* Asia del este: 40.000 muertes.
- \* Asia del sur y del sudeste: 340.
- \* Oceanía: 1.000 muertes”. (5)

### **Tratamiento:**

Tres millones de personas reciben un tratamiento de antirretrovirales en los países de ingresos escasos y medios, es decir el 31% de los pacientes que lo necesitan y un 45% más que en 2006. (4).

La infección por parte de una madre seropositiva a su hijo/a puede producirse durante el embarazo, el parto o la lactancia. Sin embargo, hoy en día la mayor parte de estas transmisiones perinatales son evitables mediante el uso de tratamientos antirretrovirales que, por el contrario, distan de ser mayoritariamente utilizados en las embarazadas a las que se les ha detectado la infección. (6).

### **Financiación:**

En 2007 se puso a disposición de los programas contra el VIH unos 10.000 millones de dólares, es decir 8.100 millones menos de lo necesario, según Onusida. Para mantener el ritmo actual de ampliación de servicios haría



falta aumentar la financiación en más de un 50% de aquí a 2010. (ONUSIDA, informe Julio 2008).(4)

El Ecuador cuenta con una tasa de prevalencia de VIH/SIDA de 0,3%, con la característica de incremento en los últimos años. En el primer trimestre del 2007 se totalizaron 10.200 casos acumulados y un promedio de 165 casos mensuales nuevos. Entre las provincias más afectadas están: Guayas, El Oro, Pichincha, Manabí, Los Ríos, Sucumbíos y Galápagos.

Para ONUSIDA, las relaciones sexuales entre varones también parecen ser un factor importante en la creciente epidemia del Ecuador, donde los nuevos casos de VIH se han casi duplicado desde 2001, llegando a 573 en 2004 según fuentes del Ministerio de Salud.

Más de dos terceras partes de los casos de VIH notificados se han registrado entre varones, y se ha encontrado una prevalencia del VIH del 17% y el 23% en Quito y Guayaquil, respectivamente, entre homosexuales. La prevalencia entre las prostitutas fue baja: por debajo del 2%.

Al parecer, un gran número de las mujeres que viven con el VIH en Ecuador han sido infectadas por su esposo o por



una pareja regular que había contraído el virus al mantener relaciones sexuales con otros varones.

Los factores biológicos no son los únicos determinantes, aunque representan un papel importante. En América Latina hay que descartar factores como la diferencia de estándares de comportamiento social entre el hombre y la mujer en temas como la fidelidad conyugal, la migración desde las áreas rurales hacia los centros urbanos y la transmisión del VIH a la pareja por varones que practican bisexualidad.(7)

El VIH se transmite por contacto directo y para ello es necesaria la presencia de una cantidad suficiente de virus. Esta proporción sólo existe en el semen y otras secreciones (flujo vaginal), en la sangre contaminada y, en menor cantidad, en la leche materna. El virus penetra en el organismo del individuo sano y entra en contacto con la sangre o las mucosas. Por lo tanto, el contagio del VIH se produce por vía sexual, sanguínea y de la madre al feto o al recién nacido. Por lo tanto cualquier persona puede infectarse con el VIH sin importar su sexo, edad, raza, condición económica, estado civil, etc.





El Sida y las Infecciones de transmisión sexual constituyen enfermedades más frecuentes en grupos vulnerables, ahora bien, la juventud universitaria es uno de ellos, debido a que hoy en día tiene un inicio precoz de su vida sexual activa, puede colocarlos en mayor riesgo de tener embarazos no planeados y contraer VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS). Además la juventud que inicia la actividad sexual temprano parece ser más propensa a tener relaciones sexuales con parejas de alto riesgo o con múltiples parejas, y menos propensas a usar preservativos.

Los científicos/as sociales han intentando elaborar teorías y modelos explicativos para comprender el comportamiento humano, proveer un amplio marco de referencia, e identificar aquellos factores sociales, psicológicos y culturales pertinentes a los comportamientos de riesgo de los seres humanos (Arauzo, Blanck & Bermúdez, 1992; Bayés, 1992; DiClemente & Peterson, 1994; CDC, 1999 revisado; Kalichman, 1998; Mantell, DiVittis & Auerbach, 1997; Parga, 2002; Toro-Alfonso, 2002). Su objetivo ulterior es elaborar modelos de prevención que eviten el contagio del VIH/SIDA. La Teoría Social Cognitiva (TSC), ha sido uno de los modelos explicativos utilizados para enfrentar esta epidemia. Bandura (1986; 1989; 1997), uno de los



exponentes principales de esta corriente, conceptualiza al ser humano como uno complejo cuyo comportamiento es producto de multiplicidad de variables, que interactúan recíprocamente. A partir del modelo de la Tríada del Determinismo Recíproco, expone que las variables interpersonales, que incluyen las variables cognitivas, psicológicas, biológicas, y afectivas; las variables ambientales, que constituyen y forman el comportamiento; y el comportamiento del ser humano en sí, son elementos que interactúan e influyen en como se comporta el ser humano y en el ambiente donde se desarrolló y se generó dicho comportamiento (8)

De igual manera se debe tener en cuenta el mayor consumo de alcohol y drogas dentro de la Juventud Universitaria que les induce a tener comportamientos ajenos a su voluntad, y de esta manera tener relaciones sexuales de alto riesgo. Otros factores que son de importancia dentro del desarrollo de la personalidad de la juventud en nuestro país, que influyen directamente en las conductas de los mismos y que deben ser tomados en cuenta como factores de riesgo de contraer ITS y VIH/SIDA son: los tabúes, barreras culturales y de género, las vías de comunicación, altos índices de migración ( disminuyen el



apoyo social de familiares, que es esencial para que los adolescentes adquieran la confianza y la capacidad necesarias para frenar el inicio de la actividad sexual temprana) y la disminución de los ingresos económicos que conllevan a la prostitución, alcoholismo y demás decisiones erróneas.

### **1.3. JUSTIFICACIÓN**

Es primordial la facilitación de conocimientos en ITS y VIH/SIDA a los estudiantes de de la Universidad de Cuenca de la Facultad de Jurisprudencia, por:

- ❖ Ser un grupo vulnerable a las ITS y VIH/SIDA por encontrarse en una edad comprendida entre los 20-24 años.
- ❖ Hay una tendencia de incremento de nuevas infecciones a nivel mundial y en el Ecuador VIH en los últimos años.
- ❖ Se produce unas 7500 nuevas infecciones de VIH/SIDA en el mundo por día.
- ❖ Las ITS y VIH/SIDA son una amenaza no solamente para el estudiante sino también para su familia y su comunidad.



- ❖ Los programas de prevención en nuestro país están dirigidos principalmente a la población general con escasas intervenciones en poblaciones vulnerables.
- ❖ Desarrollar estrategias de prevención en la población universitaria.
- ❖ Existe a nivel nacional y mundial una tendencia a iniciar las relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas.

## **CAPÍTULO II**

### **2. MARCO TEÓRICO**

Es necesario identificar todos los factores que hoy en día están involucrados en el origen de las ITS y VIH-SIDA, para poder establecer medidas que modifiquen los conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo en los estudiantes de la Universidad de Cuenca, de la Facultad de Jurisprudencia para disminuir la incidencia de ITS en los estudiantes universitarios, siguiendo una metodología intervencionista.



## **2.1. Incidencia de las infecciones de Transmisión Sexual.**

En la actualidad existe un gran incremento de ITS a nivel mundial, afectando también a nuestro país; este incremento se debe en gran parte a influencias externas debido al cambio en las conductas sexuales tradicionales; la influencia de los medios de comunicación como la televisión, la red de internet sobre personas que todavía no tienen conocimiento y madurez establecida para iniciar una vida sexual; la disminución de la utilización de los métodos de barrera; baja percepción de riesgo y la tendencia que tienen los programas de prevención en nuestro país a estar dirigidos principalmente a la población general con escasas intervenciones en poblaciones vulnerables; la dificultad de expresar abiertamente y sin recelo los problemas sexuales han permitido el aumento de la incidencia de ITS.

“Prevalencias de ITS comúnmente reportadas entre las muchachas adolescentes sexualmente activas tanto con síntomas del tracto genital bajo como sin ellos, incluyen chlamydia trachomatis (10% a 25%), gonorreas de Neisseria (3% a 18%), sífilis (0% a 3%), tricomonas vaginalis (8% a 16%), y el virus del herpes simple (2% a



12%). Entre muchachos adolescentes sin síntomas de uretritis, las tasas aisladas incluyen *C. trachomatis* (9% a 11%) y gonorreas de *N.* (2% a 3%).

En 1996, la OMS estimaba que más de 1 millón de personas se infectaban diariamente. Cerca de 60% de estas infecciones ocurren entre menores de 25 años, y de éstos, 30% son de menos de 20 años. Entre los 14 y 19 años las ITS ocurren con más frecuencia en muchachas que muchachos en una proporción casi de 2:1; esto se iguala hacia los 20 años. Se estima que 340 millones de nuevos casos de sífilis, gonorrea, *chlamydia* y de *tricomoniasis* se dieron en el mundo entero en 1999” (9)

## **2.2. Infecciones de Transmisión sexual (ITS)**

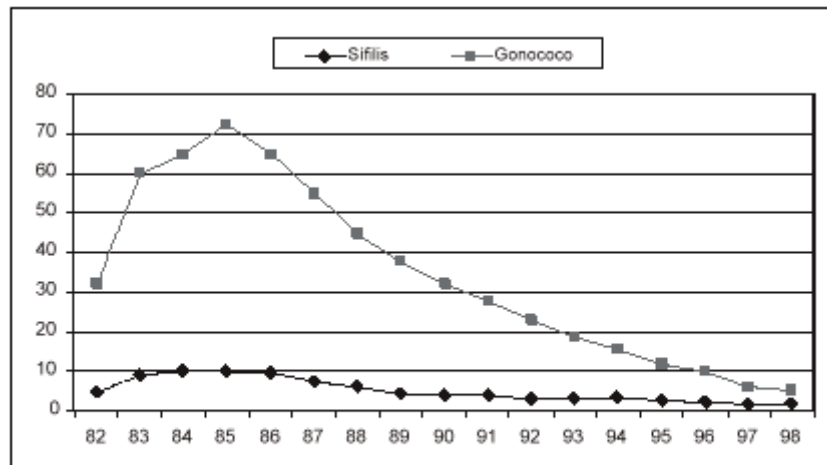
Se transmiten de una persona a otra a través de las relaciones sexuales tanto por vía vaginal, anal u oral. Por lo que es necesario conocer las enfermedades más frecuentes, el agente causal, sus manifestaciones clínicas, formas de evitar el contagio, así como el grupo más susceptible de adquirir la infección.

“El mayor número de casos de muchas ITS se presenta en el grupo etario de 20 a 24 años” (10), pero debemos



considerar que la prevalencia de las distintas ITS varían en función del país, siendo frecuentes en los países en vías de desarrollo, del segmento de población estudiada y del tipo de prácticas sexuales. A nivel mundial se encontró una notoria disminución de sífilis y gonorrea, coincidente con la aparición del SIDA (11). “La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en 1995 se produjeron 333 millones de casos nuevos de sífilis, gonorrea, infección por clamidias y tricomoniasis (gráfico N°1). Se ha demostrado a través de diversos estudios una fuerte asociación entre las ITS y la infección por VIH (Cameron 1989, Laga 1993) y existe evidencia biológica que indica que la presencia de una ITS aumenta la transmisión del VIH y que el tratamiento de las ITS reduce la transmisión del VIH (Cohen 1997, Robinson 1997)” (12).

## Gráfico1. Evolución de las Tasas de Gonorrea y Sífilis desde 1982-1998



**Figura 1.** Evolución de las tasas de gonorrea y sífilis desde 1982 a 1998. Casos por 100.000 habitantes.

Fuente: OMS. 1995

Con el paso del tiempo se observó un incremento de **Sífilis** hasta el año 1985 seguido de una disminución con una tasa menor de 2 casos por 100.000 habitantes en el año 1998. La mayor disminución se observó en hombres homosexuales; igualmente la Gonorrea presentó un incremento hasta 1985 con un descenso progresivo a partir de ese año. En el año 1998 la tasa fue de 5,51 por 100.000 habitantes, siendo más frecuente en varones debido a la forma subclínica que cursa en mujeres, pero la mayor disminución se ha observado en varones heterosexuales.





Las **Infecciones Clamidiales** en los países europeos como en Estados Unidos son elevadas (68%, 64% y 66%). En nuestro país entre un 7 a 13% de pacientes que consultan en centros de ITS son diagnosticados de infección clamydial. Afecta con mayor frecuencia a varones y en la actualidad se observa una tendencia a la disminución, principalmente en varones heterosexuales

El **Condiloma** al ser una infección por VPH tenía una incidencia del 6%, cifra que aumenta formidablemente en el año 1988, con una gran variabilidad geográfica (11 a 32,1%).

El **Herpes Genital** es una infección de elevada frecuencia en nuestro país. (11).

### **2.2.1. VIH – SIDA**

#### **Historia – Epidemia**

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) probablemente se transfiere a los humanos en África alrededor de 1930, ingresa a Haití en 1966, a los Estados Unidos en 1970, y en 1981 aparecen los primeros casos en hombres homosexuales que utilizaban drogas inyectables; Desde entonces el VIH-SIDA es considerada epidemia mundial y una de las mayores amenazas para la salud y el



desarrollo humano, que afecta a los adolescentes en relación con problemas sociales y económicos como: pobreza, la violencia intrafamiliar o de género, el limitado acceso a educación e información sobre las medidas preventivas en el ámbito de la salud.

La enfermedad del SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) es causada por el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana). El sistema inmunológico principalmente los glóbulos blancos (de los linfocitos T) del cuerpo humano se ve atacado por el virus. No todas las personas infectadas de VIH desarrollan la última etapa que es la enfermedad del SIDA y las que la tienen se agravan con infecciones oportunistas, bacterianas, virales, parasitarias y por hongos, debido a que sus defensas están bajas a consecuencia del VIH.

A nivel mundial la incidencia de VIH/SIDA se ha incrementado, según el informe de la ONUSIDA de Julio 2008 indica que existe una negativa sobre el control de la transmisión de VIH/SIDA ya que se produce unas 7500 nuevas infecciones por día. Y sigue habiendo cinco nuevas infecciones por cada dos personas que comienzan a recibir tratamiento



Según Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, en América Latina la epidemia del VIH se mantiene en general estable, estimándose 100.000 nuevas infecciones por VIH en el 2007, lo que eleva el número total de personas que viven con VIH a 1.7 millones para el mismo año. (4 )

Una situación más preocupante se observa en los países del Caribe, en donde la prevalencia de VIH en la población adulta es especialmente alta (Bahamas, Guyana, Haití, Belice), sumando en su conjunto una tasa de 1.1% (gráfico 2).

En la mayoría de los países de la región la prevalencia del VIH se ha mantenido estable en la población de 15 a 49 años, con excepciones de Honduras, Bahamas, y República Dominicana en donde entre los años 2001 y 2007 se observa una reducción en la prevalencia de VIH de un, 22,2%, 15,4% y 3.2% respectivamente.

Si se observan los datos de prevalencia de VIH para la población joven al 2007 (gráfico 3), se puede afirmar que en la mayoría de los países de la región la prevalencia del VIH tiende a ser más alta entre hombres jóvenes que entre



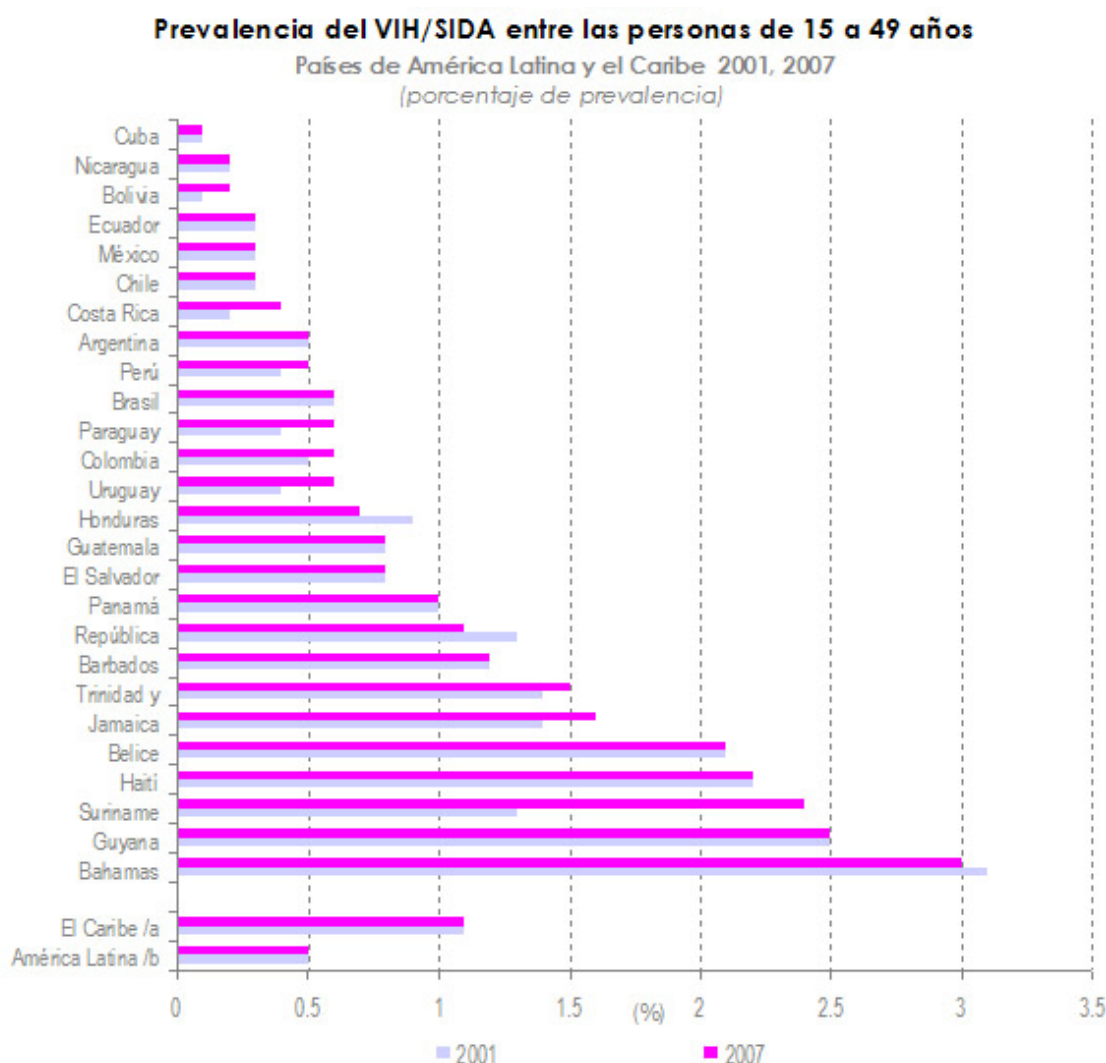
las mujeres de la misma edad, a excepción de países como Guyana, Belice, Trinidad y Tobago y República Dominicana, en donde la prevalencia de VIH entre las mujeres casi duplica a la de los hombres.

En los países con mayor prevalencia, el efecto del VIH/SIDA en la mortalidad es elevado y ocasiona una disminución de los promedios de vida, implicando un retroceso en los progresos ya alcanzados (Naciones Unidas, 2005).



## Reporte periódico de avance en el ODM6 en América Latina y el Caribe, 2008

### Gráfico 2



**Notas:**

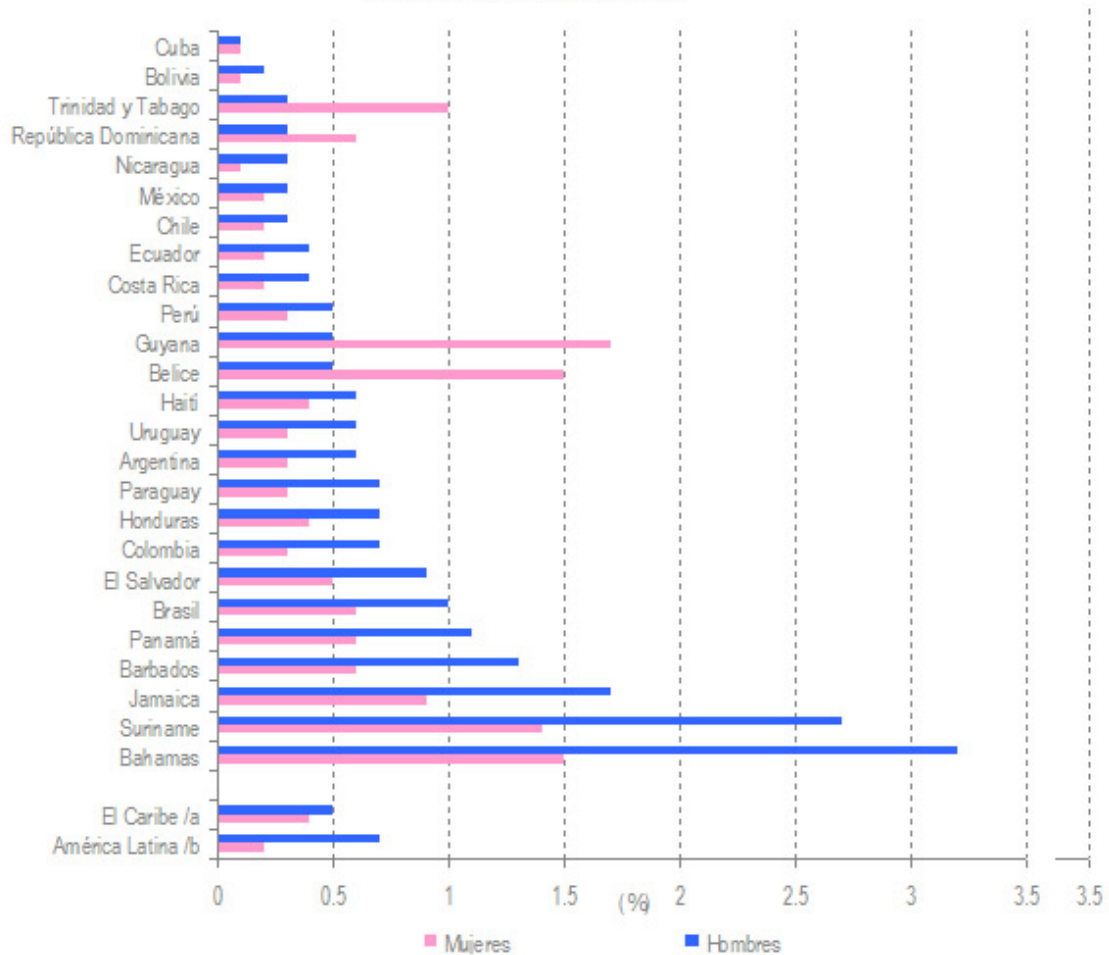
/a Corresponde a la agrupación de países utilizada por ONUSIDA que incluye dentro del Caribe a los siguientes países: Bahamas, Barbados, Cuba, República Dominicana, Haití, Jamaica, Trinidad y Tobago.

/b Corresponde a la agrupación de países utilizada por ONUSIDA que incluye dentro de América Latina a los siguientes países: Argentina, Belice, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, **Ecuador**, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Suriname, Uruguay y Venezuela.

Fuente: CEPAL sobre la base de: ONUSIDA, UNICEF y OMS. 2008 Reporte de la epidemia mundial de SIDA.

### Gráfico 3

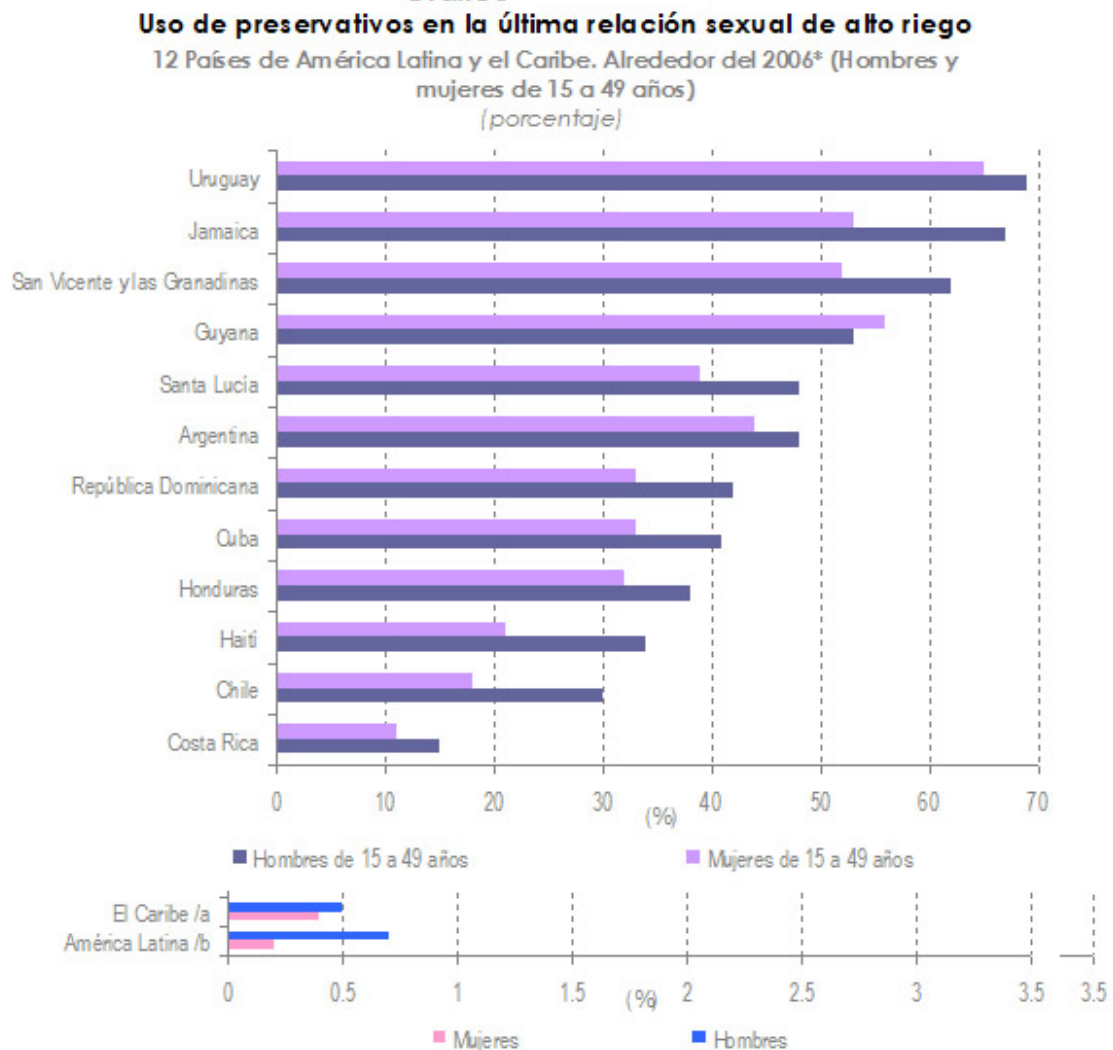
**Prevalencia del VIH/SIDA entre las personas de 15 a 24 años**  
Países de América Latina y el Caribe, 2007 (mujeres y hombres)  
(porcentaje de prevalencia)



Las relaciones sexuales sin protección constituyen el principal factor de riesgo en la mayoría de los países de la región, y, según diversos informes, se han convertido en la principal vía de transmisión de la enfermedad especialmente en la población homosexual (principalmente en países de centro América) pero también en la heterosexual.

Otros factores de riesgo lo constituyen la iniciación temprana de las relaciones sexuales, la existencia de múltiples parejas sexuales, embarazo adolescente, drogadicción, y la presencia de otras enfermedades de transmisión sexual que incrementan considerablemente las probabilidades de infección durante el acto sexual.

### Gráfico 4





Entre los mecanismos de reducción de riesgos en el contagio de VIH existe consenso en que el uso sistemático de preservativos en las relaciones sexuales no habituales reduce el riesgo de transmisión sexual del VIH. Ello reviste especial importancia para los jóvenes, que muchas veces tienen las tasas más altas de infección por el VIH porque tienen baja exposición previa a la infección y (en general) un número relativamente elevado de parejas sexuales no habituales (4).

Si bien existe escasa información al respecto en los países de la región, las cifras muestran realidades dispares para los países. El porcentaje de uso de preservativos es más alto en la población masculina, y en países como Chile y Honduras no alcanza un 30%. (Gráfico 4)

En el Ecuador demuestra una tendencia al incremento, el número de personas VIH+ mantienen una progresión geométrica, a partir del primer caso que se lo detecto en el año de 1984 la epidemia a evolucionado de forma progresivamente ascendente, al mes de diciembre de 2006 se registra un acumulado de VIH de 9833 casos de VIH/SIDA.



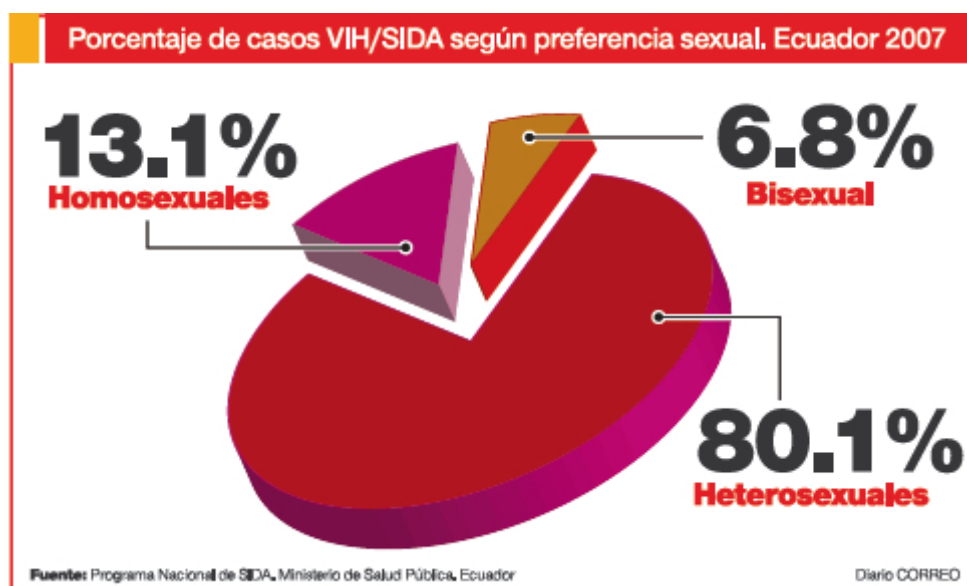


Según el Ministerio de Salud Pública (MSP), el total de casos de personas infectadas reportadas hasta diciembre de 2007 es de 12.246, de los cuales 4.640 presentaron el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y han fallecido. Sólo en el 2007, en Ecuador se registraron 2413 casos de VIH-SIDA. Durante los meses de enero a julio de 2007, se reportaron en el Programa Nacional del SIDA 332 casos de VIH y 122 casos de SIDA, en total 454 nuevos casos.

“Otros estudios demuestran que la mayoría de casos se han presentado tradicionalmente en las provincias de la Costa, especialmente en Guayas (57%) Manabí (8%) y El Oro (6%). La Sierra también tiene datos representativos en las provincias de Pichincha (18%); Loja y Azuay, constan entre las 18 restantes, que alcanzan el 11%. Los hombres tienen una mayor incidencia con el 79.8% de los casos, frente al 20.2 de mujeres. Red Sida Azuay advierte que en el 2006 en Ecuador, 2.5 de cada 10 casos reportados correspondieron a jóvenes entre 15 y 24 años y de ellos el 20.5% fueron adolescentes.” (14 ). (gráfico 5).

**Gráfico 5**

Según la preferencia sexual en estudios realizados en el Ecuador en el año 2007 nos indica una mayor prevalencia de VIH-SIDA en el grupo correspondiente a heterosexuales, seguido de los homosexuales y bisexuales. (gráfico 6).

**Gráfico 6**



El registro de personas con SIDA **en Cuenca** no es confiable, pero se conoce que 168 personas en el 2007, reciben tratamiento retroviral en el Hospital "Vicente Corral Moscoso" y 60 en el "José Carrasco Arteaga" del IESS.

### **Formas de Transmisión de VIH**

- ***Sanguínea:*** a través del intercambio de agujas y jeringas y/o cualquier elemento punzante. Durante el embarazo y parto y por transfusiones de sangre no controlada.
- ***Transmisión sexual:*** las relaciones sexuales pueden transmitir el HIV ya sean éstas homosexuales o heterosexuales, se trate de relaciones vaginales, anales o buco genitales. El paso del virus se realiza a través de las lesiones o heridas microscópicas que se producen durante la penetración y otras prácticas sexuales. Es así como los fluidos de las personas portadoras ingresan al cuerpo de sus parejas.
- ***Transmisión prenatal:*** una mujer portadora del HIV puede transmitir la infección a su bebé durante el embarazo, el parto o la lactancia. Este riesgo se puede reducir en forma sustancial si la mujer es



tratada de manera procedente durante su embarazo y evita darle de mamar a su bebé.

- En forma rara: del **beso** boca a boca cuando la persona infectada tenga encías sangrantes por llagas, pero esto no ha sido comprobado.

## Clínica

Es muy común tener una sintomatología similar a un cuadro gripal entre la 2-6 semana luego de haber sido infectado con VIH.

En la infección inicial hay: fiebre, dolor de cabeza, dolor de garganta, glándulas linfáticas inflamadas y erupciones que se confunden con otras enfermedades.

Las personas con VIH son asintomáticas por periodos de años hasta que desarrollan enfermedades graves en donde aparece la sintomatología del SIDA:

- Fiebre que dura más de un mes
- Pérdida de peso
- Cansancio extremo
- Diarrea por más de 1 mes
- Dolor de cabeza
- Coyunturas y músculos doloridos



- Dolor de garganta
- Ganglios linfáticos agrandados
- Falta de claridad al pensar
- Pérdida del sentido del equilibrio

### **Diagnóstico:**

- Análisis de sangre, prueba de: anticuerpos contra el VIH, de antígeno, de PCR (PCR de análisis de ADN y PCR de análisis de ARN)

El resultado de VIH positivo por una prueba ELISA se confirma a través de:

- Ensayos Western Blof:
- Ensayo de inmunofluorescencia indirecta.
- Inmunoensayo en línea:
- Una segunda ELISA:

### **Tratamiento**

No hay ninguna cura para la infección por VIH o el SIDA.

### **Medidas para retrasar el progreso del VIH:**

- Seguir una dieta saludable, hacer ejercicio y reducir el estrés.



- Y con una combinación de tres medicamentos antirretrovirales

## **Prevención del VIH-SIDA**

- Promoción de una conducta sexual adecuada, postergando las primeras relaciones sexuales, reduciendo en número de parejas y usar del condón.
- Y la transmisión de madre a hijo se puede detener con el uso de medicinas y evitando el amamantamiento.

### **2.2.2. HERPES GENITAL**

Infección que se trasmite por vía sexual con una persona infectada que no tenga ulcera visible, causada frecuentemente por el virus de tipo II (VHS-2) que afecta con mayor prevalencia a los genitales y parte inferior del cuerpo; el tipo HSV-1 es responsable en un 5 -10 % de los casos. “Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2003, se registraron alrededor de 558 millones de personas infectadas por el HSV-2 en todo el mundo” (15). Las estadísticas mundiales no son exactas, según detalla el portal de la OMS; solamente en Estados

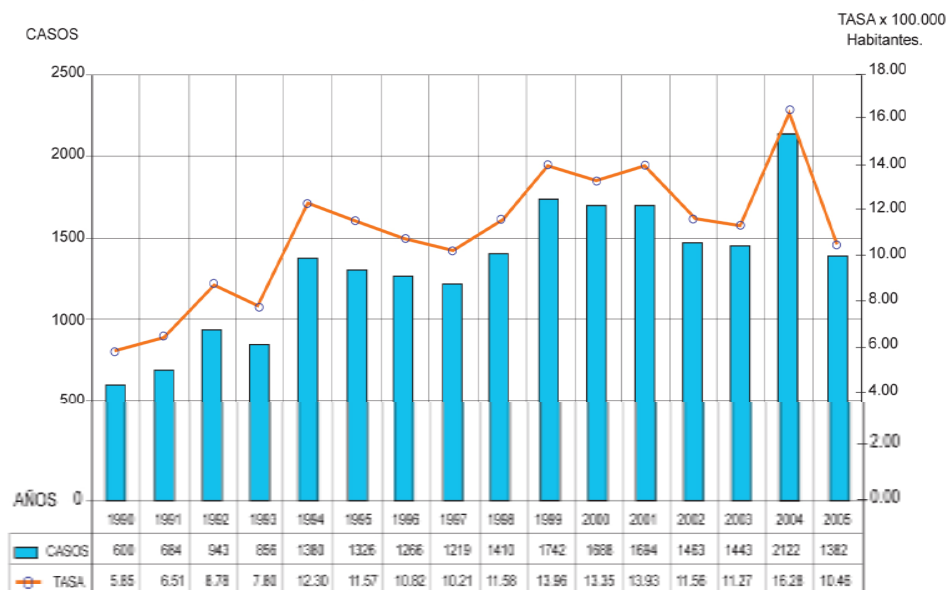
Unidos se registra al año aproximadamente un millón de nuevos casos de herpes genital.

En el Ecuador, tampoco existen cifras globales sobre la incidencia de la enfermedad que ataca a hombres y mujeres. Sin embargo, en el hospital Mariana de Jesús, ubicado en el suburbio de Guayaquil, se registra un promedio de 12 casos nuevos cada mes. En Cuenca según un estudio de la Sociedad Ecuatoriana de Dermatología sobre las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en el 2008 se considera que entre las enfermedades más frecuentes en la consulta privada, el herpes genital se lleva el primer lugar. (16)

## Gráfico 7

### CASOS Y TASAS DE HERPES GENITAL

ECUADOR 1990 - 2005



FUENTE: EPI-2

ELABORACION: EDUARDO AGUILAR J./ EPIDEMIOLOGIA/ MSP

CASOS TASA



## **Clínica**

La infección se presenta después de un periodo prolongado, alrededor de 1.5- 2 años después de la infección.

### *Síntomas:*

- Inicialmente, sensación de calor, picor y aparición de color rosado.
- Ampollas y granos dolorosos llenos de fluido en el área genital o rectal
- Pequeñas ampollas que se funden para formar una ampolla larga.
- Costras amarillas que se forman en las ampollas al principio de la fase de curación, se cicatrizan de 3 a 4 semanas.
- Febrícula.
- Bultos en la ingle.
- Disuria: Micciones difíciles y dolorosas.
- Micciones titubeantes.
- Aumento en la frecuencia y urgencia de las micciones.
- Relación sexual dolorosa
- Incontinencia urinaria.





## Diagnóstico.

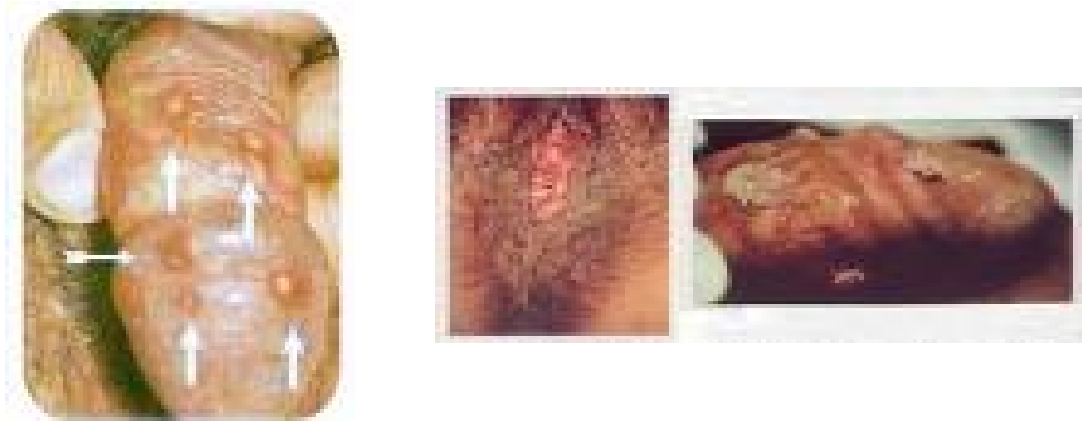
- Examinar los genitales: Presencia de vesículas agrupadas que dan lugar a erosiones.
- También se puede usar un análisis de sangre: Reacción en cadena de la polimerasa para buscar DNA viral.
- También puede tomar una muestra de las ampollas y analizarla en el laboratorio mediante un frotis de Tzanck.

## Tratamiento

Realmente no existe ningún tratamiento que elimine del organismo la infección del virus del herpes genital, pero se puede realizar como:

- **Tratamiento profiláctico:** Evitando el contacto sexual, desde que los primeros síntomas aparecen hasta que las erupciones se han curado completamente.
- **Tratamiento farmacológico:** Aciclovir o Famciclovir tópico.
- **Tratamiento Anticongestivo:** con compresas o baños de sulfato de Zinc muy diluido; y realizar una

cobertura antibiótica con cremas de ácido fusídico o gentamicina.



### 2.2.3. GONORREA

Es una enfermedad transmitida mediante el coito (vía mas común) y mediante el parto por persona infectada con la *Neisseria Gonorrhoeae*.

#### Clínica.

- **Infección genital:** *En el hombre:* la uretritis se presenta después de 28 días del contagio en forma de picor y escozor en el meato urinario; disuria y polaquiuria, seguido de una secreción uretral serosa al inicio que posteriormente se vuelve amarillo-verdosa.  
*En la mujer:* uretritis o endocervicitis de forma



asintomática, o con sintomatología inespecífica, en forma de: secreción vaginal anormal, polaquiuria, disuria, dolor en la zona baja del abdomen, fiebre, coito doloroso etc.

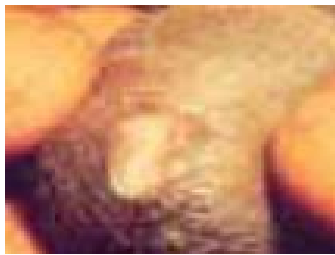
- **Infección ano rectal:** Es más frecuente en varones homosexuales o en mujeres con práctica sexual anal, se presenta en forma asintomática, o con prurito anal, tenesmo rectal y secreción de exudado purulento y en ocasiones pesadez y dolor irradiado a pelvis y periné.
- **Infección en los recién nacidos:** A los 3 a 5 días del nacimiento, presenta edema de párpados con abundante secreción amarillo-verdosa espesa y conjuntivitis.
- **Infección en la garganta:** Sensación de sequedad, dolor y aspereza a nivel de la garganta.
- **Infección en los ojos:** Enrojecimiento, picazón o secreción de los ojos

## Diagnóstico

- Tinción de Gram: Se observa diplococos gramnegativos intraleucocitarios, por muestra de exudado uretral
- Cultivo de Thayer – Martin.

## Tratamiento.

- **Tratamiento farmacológico:** En la enfermedad no complicada: Ceftriaxona 125 mg I.M. dosis única. Otras pautas son: Cefixima, Ciprofloxacino, Ofloxacino o Azitromicina
- **Tratamiento profiláctico:** evitar el contacto sexual desde que los primeros síntomas aparecen hasta que las erupciones se han curado completamente.



### 2.2.4. TRICOMONIASIS

Enfermedad de transmisión sexual transmitida por persona infectada con el parásito unicelular *Trichomonas vaginalis*. Que afecta en las mujeres la vagina y en el hombre la uretra. En algunas poblaciones, los *Trichomonas* pueden ser responsables del 5 al 10 por ciento de todos los casos de uretritis no gonocócica. El organismo es más difícil de detectar en los hombres que en las mujeres



## Clínica

Los síntomas en las mujeres suelen aparecer de 5 a 28 días después de la exposición a la infección, presentando: flujo vaginal espumoso, amarillo verdoso y con un fuerte olor; dolor al coito y al orinar; irritación y picazón en el área genital, dolor en la parte baja del vientre. Aumenta la susceptibilidad en las mujeres de contraer VIH y de transmitir a su pareja cuando esta infectada por tricomoniasis. En los hombres, puede ser asintomática o de forma temporal irritación en el pene, secreción leve, y ardor después de eyacular u orinar

## Diagnóstico

- *Mujeres:* Al examen físico: ronchas rojas en la pared vaginal o cuello uterino. Tinción en fresco: ver organismos causantes de la infección en los flujos vaginales.
- *Hombres:* Es de difícil diagnostico.

## Tratamiento

- ***Tratamiento farmacológico:*** Metronidazol a la pareja preferentemente al mismo tiempo.



- **Tratamiento profiláctico:** evitar las relaciones sexuales hasta terminar el tratamiento.



### 2.2.5. PAPILOMA VIRUS

Grupo de virus que consta de 100 tipos de los cuales 40 aproximadamente son considerados de transmisión sexual, generando infecciones: ano-genitales, orales, respiratorias tanto en hombres como en mujeres. Otras formas de contagio son por medio de instrumentos médicos inadecuadamente esterilizados, y otra forma menos frecuente es mediante la madre al niño durante el parto pero en los casos de que existan verrugas genitales en el canal vaginal produciendo papilomatosis laríngea. Las verrugas pueden autoinocularse. La gran familia del Papiloma Virus Humano (VPH) se divide dependiendo del riesgo que tienen de provocar lesiones cancerígenas siendo de alto y bajo riesgo; los de bajo riesgo solo provocan daños leves en el cuello del útero de la mujer o



también producir verrugas genitales, no son perjudiciales y desaparecen con el tiempo; los de alto riesgo están vinculados al desarrollo de cáncer uterino. Debemos considerar que es necesario otros factores para desarrollar la enfermedad, como: conducta sexual, consumo de tabaco, mujeres con alto número de embarazos, sistema inmunológico deprimido, uso prolongado de anticonceptivos, malnutrición.

“Estudios realizados en los Estados Unidos han demostrado que la infección por el Virus del Papiloma Humano es muy frecuente entre la población. Se calcula que un 1% de la población sexualmente activa tiene verrugas genitales; 4% de la población podrían tener lesiones por VPH si se evalúan mediante la colposcopia; cerca de un 10% de la población serían VPH positivos aunque tendrían una colposcopia negativa y, por último, un 60% de la población podrían tener anticuerpos detectables en su cuerpo que indicarían que en algún momento se han expuesto a algún tipo de virus del papiloma humano. En mujeres jóvenes la frecuencia de infección con el virus de papiloma humano es muy alta: hasta un 50% de las mujeres adolescentes y adultas jóvenes adquieren la infección por el virus del papiloma humano en los primeros



4-5 años de tener una vida sexual activa. De estas mujeres hasta un 25% de las que se infectan por VPH desarrollan lesiones escamosas epiteliales de bajo grado (LSIL). No obstante, en estas mujeres jóvenes el 90-95% de las infecciones curan solas, sin ningún tratamiento.” (17)

La mayoría de personas que tienen infección genital por VPH no saben que están infectadas, ya que el tiempo habitual de resolución espontánea de las infecciones transitorias por VPH es de 6 a 18 meses. El virus vive en la piel o en las membranas mucosas y generalmente no causa síntomas. Es necesario que se dé una infección por VPH de alto riesgo persistente para el desarrollo, mantenimiento y progresión a neoplasia cervical intraepitelial.

**“La Sociedad Americana del Cáncer calcula que en el 2008 habrán:**

- 11,070 mujeres que se les diagnosticará cáncer de cuello uterino.
- 3,460 mujeres con diagnóstico de cáncer vulvar.
- 2,210 mujeres con diagnóstico de cáncer vaginal y de otros cánceres genitales





- 1,250 hombres con diagnóstico de cáncer de pene y de otros cánceres genitales
- 3,050 mujeres y 2,020 hombres con diagnóstico de "cáncer anal" (18)

**Condiloma Acuminado.**-Es una enfermedad de transmisión sexual que se caracteriza por el crecimiento de una verruga blanda en los genitales o en la región anal causada por los VHP de bajo riesgo.

### **Clínica.**

- ***En los genitales:*** Tumores de aspecto verrugoso, planas o elevadas, únicas o múltiples, rosadas o color de la piel con aumento de humedad en el área de los genitales; prurito en región del pene, escroto, ano, vulva; aumento de la descarga vaginal; sangrado vaginal después del acto sexual.
- ***En el ano:*** alrededor de este un crecimiento anormal en forma de coliflor.

### **Diagnóstico.**

- **Al examen físico:** lesiones en cualquier parte de los órganos genitales externos, crecimiento anormal en las paredes vaginales o en el cuello del útero.



- **Exámenes complementarios:** Papanicolau, Colposcopia

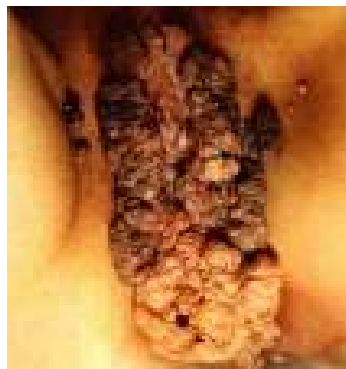
### Tratamiento.

- **Tratamientos tópicos:** ácido tricloroacético, podofilina, y nitrógeno líquido.
- **Tratamientos quirúrgicos:** crioterapia, electrocauterización, terapia con láser, o escisión quirúrgica.
- **Tratamiento profiláctico:** Abstinencia o uso de preservativos hasta la completa desaparición de la enfermedad, y Papanicolau por lo menos cada 6 meses

### Prevención

- **Examen ginecológico completo.** Papanicolaou y examen pélvico.
- **Consumir una dieta saludable y balanceada con frutas y verduras.** El caroteno y las vitaminas C y E en particular pueden disminuir su riesgo de padecer cáncer de cuello uterino
- **No fumar.**
- **Usar Condón.**

- **Vacuna.** Previene el desarrollo de verrugas genitales ocasionadas por los serotipos 6 y 11 que son los más comunes. La inmunización completa consta de 3 dosis y tiene una efectividad superior al 95%. La vacuna no cura verrugas ya existentes.



#### 2.2.6. SÍFILIS

Es una enfermedad de transmisión sexual causada por la bacteria *Treponema Pallidum*, esta puede ser adquirida por contacto sexual sin protección con una persona infectada siendo la forma más frecuente, de forma congénita a través de la placenta, por transfusión de sangre humana contaminada y por inoculación accidental directa. Uno de los principales factores de riesgo es el tener más de un compañero sexual.

“En los Estados Unidos, las autoridades de salud registraron más de 36,000 casos de sífilis en el 2006, de



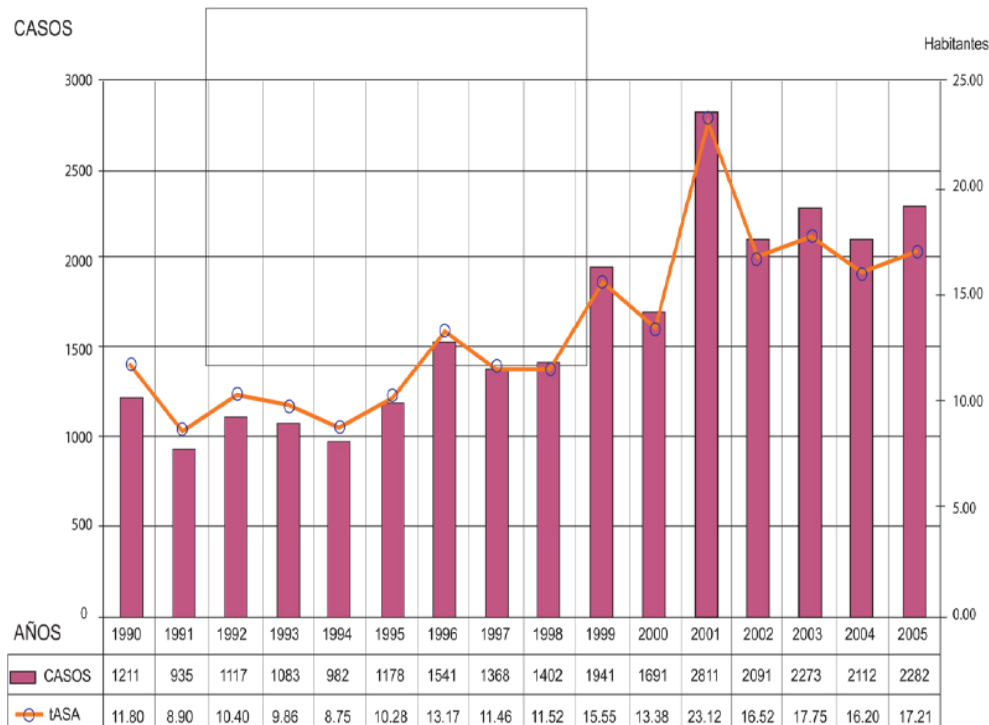
los cuales 9,756 eran de sífilis primaria y secundaria. Asimismo, la mitad de todos los casos de sífilis primaria y secundaria en el 2006 se reportaron en 20 condados y 2 ciudades, y en su mayoría correspondían a personas de 20 a 39 años de edad. La incidencia más alta de sífilis primaria y secundaria se registró en mujeres de 20 a 24 años de edad y en hombres de 35 a 39 años. Los casos de sífilis congénita reportados en recién nacidos aumentaron de 339 casos nuevos en el 2005 a 349 en el 2006.

Entre el 2005 y el 2006, el número de casos reportados de sífilis primaria y secundaria aumentó en un 11.8%. Entre el 2000 y el 2006 las tasas de sífilis primaria y secundaria en hombres se incrementaron anualmente de 2.6 a 5.7, mientras que en las mujeres esto mismo ocurrió entre el 2004 y el 2006. En el 2006, el 64% de los casos reportados de sífilis primaria y secundaria correspondieron a hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.”(19)

“La incidencia en Ecuador de Sífilis Primaria es 7.2 y en Pichincha 6.6 por 10.000 nacidos vivos (INEC 2000)” (20)

## CASOS Y TASAS DE SIFILIS PRIMARIA - SECUNDARIA

ECUADOR 1990 - 2005



FUENTE: EPI-2

ELABORACION: EDUARDO AGUILAR J./ EPIDEMIOLOGIA/ MSP



### Clínica

Desde el punto de vista clínico la Sífilis se divide en etapas: fase de incubación, sífilis primaria, secundaria, sífilis latente y tardía. El período de incubación medio es de tres semanas (varía de tres a 90 días).

**Primaria.** Se caracteriza por la presencia de una lesión sin dolor llamada chancro, que puede aparecer en el área por donde el germen entró inicialmente al cuerpo, generalmente en la vagina, el ano, la boca, los labios o la



mano. Es firme y redonda y generalmente aparece de 9 a 90 días (el promedio es 21 días) después de la exposición. Las lesiones en la vagina pueden no notarse y desaparecer solas en 1 a 5 semanas. Sin embargo, todavía se lleva el germen y se lo puede transmitir a otros.

***Secundaria o estadio diseminado.*** En esta etapa aparecen síntomas gripales de 3 semanas hasta 6 meses después de la infección. Pueden aparecer salpullidos en las palmas de las manos y las plantas del de los pies, el área de la ingle y por todo el cuerpo. La bacteria vive en estas lesiones. Por consiguiente, cualquier contacto físico (sexual y no sexual) con las lesiones puede transmitir la infección. Es posible demostrar la presencia de treponemas en la sangre y otros tejidos, como la piel y los ganglios linfáticos. La segunda etapa también puede incluir fiebre, dolor de cabeza, dolor de garganta, ganglios linfáticos agrandados, dolor de garganta, pérdida de pelo en diferentes áreas, dolores musculares, manchas mucosas o llagas en la boca, cansancio y protuberancias o verrugas en las áreas cálidas y húmedas del cuerpo.

***Latente.*** Si la sífilis no se trata, los síntomas desaparecen pero el germen sigue permaneciendo en el cuerpo. La



sífilis debe tratarse antes de llegar a esta fase, porque de lo contrario se corre el riesgo contraer sífilis terciaria.

***Terciaria o final.*** Es una etapa donde el microorganismo afecta al corazón, los ojos, el cerebro, el sistema nervioso, los huesos, las articulaciones o prácticamente cualquier otra parte del cuerpo. Esta fase puede durar años o incluso décadas. La sífilis terciaria puede causar enfermedad mental, ceguera, enfermedad del corazón, parálisis, daño cerebral o muerte.

## Diagnóstico

- **Examen en fresco con microscopía de campo oscuro.** Eficaz en las fases primaria, secundaria y congénita precoz. La muestra ideal es el exudado de las lesiones, como el chancro, condiloma plano y lesiones mucosas.
- ***Inmunofluorescencia directa (DFA-TP).*** Consiste en la tinción con anticuerpos monoclonales o policlonales fluorescentes dirigidos frente a *T. pallidum* en los frotis desecados de lesiones sospechosas.
- ***Demostración en tejidos.*** Se suele utilizar para muestras cutáneas de sífilis secundaria o estadios sifilíticos tardíos, así como en los tejidos afectados de



cerebro, placenta, cordón umbilical o piel en la sífilis congénita.

- **Cultivo de *T. pallidum*.** El único método útil para aislar *T. pallidum* es la prueba de inoculación en el conejo (RIT).
- **Técnicas de biología molecular.** Los métodos de amplificación de ácidos nucleicos aumentan la sensibilidad de los métodos de detección de *T. pallidum*, siendo útiles en los casos en que el resto de pruebas muestran una baja sensibilidad.
- **Pruebas serológicas.** Se detectan dos tipos de anticuerpos: los llamados reagínicos, no específicos o no treponémicos, y los treponémicos o específicos (IgG e IgM).

## Tratamiento.

Sífilis primaria, secundaria o latente temprana: dosis única de Penicilina Benzatina 2.4 millones de unidades IM. Si existe alergia a penicilinas: Doxiciclina, Tetraciclina o Eritromicina.

En embarazadas no se puede utilizar tetraciclinas ni Eritromicina por lo que se debe intentar



desensibilizaciones. Deben practicarse serologías de mantenimiento a los meses 1, 3, 6 y 12 después del tratamiento.



### 2.2.7 INFECCIONES POR CLAMIDIA

Es una enfermedad muy frecuente de transmisión sexual causada principalmente por la bacteria *Chlamydia trachomatis*, que puede afectar los órganos genitales de la mujer llegando a causar daños irreversibles, como la infertilidad, y en el hombre infectado produce secreción del pene; También se puede transmitir de madre a hijo durante el parto vaginal.

“La infección por clamidia es la enfermedad de transmisión sexual bacteriana reportada con mayor frecuencia en los Estados Unidos. En el 2006, los 50 estados y el Distrito de Columbia reportaron 1,030,911 de infecciones clamidiales. Muchos casos no se reportan porque la mayoría de las personas con clamidia no saben que tienen la infección y



no se hacen pruebas para detectar la enfermedad. Además, es frecuente que se traten los síntomas y no se hagan las pruebas de detección. Según datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición se calcula que 2,291,000 personas de la población civil no institucionalizada de los Estados Unidos, entre los 14 y 39 años de edad sufren de la infección por clamidia. Las mujeres se vuelven a infectar frecuentemente si sus parejas sexuales no reciben tratamiento.”(21)

## **Clínica**

Los síntomas aparecen entre la primera y la tercera semana después del contagio, aunque la mayor parte de infectados no presentan síntomas. Las mujeres podrían presentar: flujo vaginal anormal, sensación de ardor al orinar, dolor en la parte inferior del vientre, náusea, fiebre, dispareunia. La infección clamidial del cuello uterino puede propagarse al recto. Los hombres podrían presentar secreción del pene o una sensación de ardor al orinar, ardor y picazón alrededor de la abertura del pene, el dolor y la inflamación de los testículos es poco frecuente. Los hombres o mujeres que tienen relaciones sexuales con penetración anal pueden contraer la infección clamidial en el recto, lo cual puede causar dolor, secreciones o



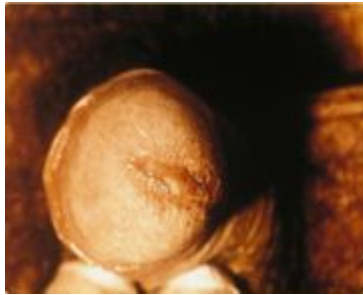
sangrado en el recto. La infección por clamidia también puede presentarse en la garganta de las mujeres y hombres que han tenido relaciones sexuales orales con una pareja infectada. Sin no reciben un tratamiento oportuno la personas infectadas por Clamidia podrían presentar complicaciones graves como la enfermedad inflamatoria pélvica principalmente.

## **Diagnóstico**

Se deber realizar un análisis de orina o de las secreciones de la zona afecta como el pene o el cuello uterino.

## **Tratamiento**

Al ser una infección de tipo bacteriano suele ser fácilmente tratada y curada con antibióticos como: Azitromicina en una sola dosis o Doxiciclina en tres dosis diarias durante una semana o dos. El tratamiento sebe ser dirigido a la pareja, de lo contrario podrían volverse a infectar. Además al tener infecciones múltiples aumenta el riesgo de que la mujer tenga graves complicaciones como la infertilidad por lo que es recomendable hacerse otra prueba tres o cuatro meses después de finalizar el tratamiento sobre todo si la mujer no está segura que su pareja sexual ha cumplido con el tratamiento. (21)



### 2.2.8. CHANCRO BLANDO

Producido por *Haemophilus ducreyi* Es común en países tropicales, aunque rara en otras partes del mundo. Cualquier persona sexualmente activa puede infectarse. Es más común en los hombres especialmente sin circuncisión. Esta ITS se contagia a través del contacto sexual con una persona infectada. Es más probable que las bacterias invadan los órganos sexuales en el punto de una lesión preexistente, como una cortadura o raspadura pequeña.

#### **Clínica.**

La primera manifestación es una o más úlceras en los órganos genitales. Las úlceras están rodeadas por un borde rojo delgado que pronto se llena con pus y en algún momento se rompe, dejando una herida abierta dolorosa. Los lugares comunes en los hombres son: prepucio, surco detrás de la cabeza del pene (surco coronal), cuerpo y



cabeza del pene, meato uretral y escroto. En las mujeres, la ubicación más común es en los labios mayores de la vagina.

### **Diagnóstico.**

Examinar las úlceras verificando presencia de ganglios linfáticos inflamados y realizando un cultivo a partir una muestra de la base de las úlceras. No hay exámenes de laboratorio específicos para identificar al microorganismo causal.

### **Tratamiento**

La infección se trata con antibióticos entre los que se cuentan: azitromicina, ceftriaxona, ciprofloxacina y eritromicina. Las inflamaciones grandes de los ganglios linfáticos requieren drenaje, ya sea con aguja o con cirugía local.





## 2.3. LAS TEORÍAS DEL APRENDIZAJE

Existen dos grandes paradigmas en la psicología del aprendizaje:

### 2.3.1. El conductismo que tiene como representantes a: **Watson, Thorndike, Skinner, Pavlov, Tolman.**

**Thorndike** describe tres leyes en el aprendizaje: Del efecto, de ejercicio y de sin lectura que se basan en el estímulo y respuesta.

**Watson** ubica a la psicología con el carácter de las ciencias naturales, se observa la influencia del positivismo de Augusto Comte.

**Skinner:** la teoría de Skinner tiene como fundamento que la conducta es guiada por refuerzos primarios y secundarios.

**Tolman:** acuñó el término de variables internas, el nexo entre estímulo respuesta quedaba interrumpido por planos cognoscitivos no observables en la conducta del individuo, introdujo el término de aprendizaje latente que se reflejaba en la acción.

**Pavlov:** formula el reflejo condicionado



### **2.3.2. El Cognitivismo tiene a: Piaget, Bruner, Ausubel, Vigotsky como sus máximos exponentes.**

**Piaget** señala que la capacidad cognitiva y la inteligencia se encuentran estrechamente ligadas al medio social y físico.

**Ausubel:** De acuerdo al aprendizaje significativo, los nuevos conocimientos se incorporan en forma sustantiva en la estructura cognitiva del alumno. Esto se logra cuando el estudiante relaciona los nuevos conocimientos con los anteriormente adquiridos; pero también es necesario que el alumno se interese por aprender lo que se le está mostrando.

**Vigotsky** consideraba que el medio social es crucial para el aprendizaje, pensaba que lo produce la integración de los factores social y personal. El fenómeno de la actividad social ayuda a explicar los cambios en la conciencia y fundamenta una teoría psicológica que unifica el comportamiento y la mente. El entorno social influye en la cognición por medio de sus "instrumentos", es decir, sus objetos culturales (autos, máquinas) y su lenguaje e instituciones sociales (iglesias, escuelas). El cambio cognoscitivo es el resultado de utilizar los instrumentos culturales en las interrelaciones sociales y de internalizarlas y transformarlas mentalmente. La postura de Vigotsky es



un ejemplo del constructivismo dialéctico, porque recalca la interacción de los individuos y su entorno.

**Las teorías de Bruner** tienen como punto de referencia a Vygotsky y Piaget; el punto de unión más fuerte entre la teoría de Vygotski y la de Bruner, es que, para ambos, la interacción y el diálogo son puntos claves en su teoría.

## LAS TEORÍAS DEL APRENDIZAJE

	Modelo Conductista	Modelo Cognitivista
	Watson, Skinner, Thordnike, Pavlov, Tolman	Piaget, Bruner, Ausubel, Vigotsky
Objeto de Estudio	La conducta observable	Representaciones mentales (mapas cognitivos, estrategias)
Relación epistemológica	OBJETO → SUJETO	OBJETO → SUJETO
Características del Sujeto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cada individuo nace con la mente vacía en el cual se imprimen los datos de la realidad.</li> <li>• Es pasivo y reactivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posee estructuras previas que le permiten conocer</li> <li>• Es activo y productor.</li> </ul>
Conocimiento	Copia de la realidad	El sujeto construye su propio conocimiento.
Protagonismo	Hay un protagonismo del ambiente (Objeto)	El Sujeto es protagonista del proceso de conocimiento
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se apoya en el Empirismo.</li> <li>• Anticonstructivista</li> <li>• Asociacionista</li> <li>• Todas las conductas humanas se explican en términos de asociaciones de elementos simples.</li> <li>• Ambientalista: protagonismo en el objeto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se apoya en el Racionalismo.</li> <li>• Se tomó como modelo de análisis de la mente a la Cibernética o "metáfora del ordenador": La mente recibe, organiza y almacena información de una forma análoga a una computadora.</li> <li>• Es constructivista.</li> </ul>

### Teoría cognoscitivo-social de Albert Bandura

Componentes en prevención

- (1) cognitivo
- (2) conductual
- (3) fortalecimiento de la autoeficacia
- (4) el apoyo social.





## **2.4. Teoría Social Cognitiva de Albert Bandura**

El aprendizaje es descrito como un proceso social influenciado por la interacción con otras personas. En la teoría social cognitiva el ambiente social y físico influye en la formación y reforzamiento de las creencias que son determinantes de la conducta

Los conductistas consideran que el ambiente moldea al niño, pero los teóricos del aprendizaje social afirman que el niño también actúa sobre el ambiente.

Los procesos cognitivos se ponen en funcionamiento a medida que las personas observan los modelos aprenden "segmentos" de comportamientos y luego los ponen juntos en nuevos y complejos patrones. Los factores cognitivos, afectan la manera como una persona incorpora las conductas observadas. La teoría del aprendizaje social sirve de puente entre el conductismo y la perspectiva.

Esta teoría se basa en superar las barreras, en observar a nuestro alrededor, observar nuestra sociedad y cambiarla.

Un cambio en alguno de estos tres componentes- conductual, físico o social, influencia en los otros dos. La auto-eficacia, un componente esencial de la teoría, es que



la persona crea sentirse capaz de poner en práctica la nueva conducta cuando se presente la ocasión, así las personas pueden autorregular su conducta; entonces un fundamento básico de la teoría es la del autocontrol.

El enfoque de la reciprocidad triádica de Bandura: en la cual la conducta, los factores personales, cognitivos y de otro tipo, y los acontecimientos ambientales actúan como determinantes interactivos. De esta manera, en la perspectiva cognitiva social, no se considera al ser humano gobernado por fuerzas internas ni controlado por estímulos externos sino que se considera el funcionamiento humano en términos del modelo de reciprocidad triádica.

Modelo de Reducción de Riesgo al SIDA: sugiere que para poder cambiar la conducta uno debiera reconocerla como tal, luego comprometerse a reducir este tipo de conducta, y finalmente tomar acción para llevar a cabo el cambio deseado. Los factores que influyen en el movimiento entre las etapas incluyen el temor la ansiedad y las normas sociales.

Bandura establece que existen ciertos pasos envueltos en el proceso de modelado:



**1. Atención.** Si vas a aprender algo, necesitas estar prestando atención. De la misma manera, todo aquello que suponga un freno a la atención, resultará en un detrimento del aprendizaje, incluyendo el aprendizaje por observación.

Alguna de las cosas que influye sobre la atención tiene que ver con las propiedades del modelo. Si el modelo es colorido y dramático, por ejemplo, prestamos más atención. Si el modelo es atractivo o prestigioso o parece ser particularmente competente, prestaremos más atención. Y si el modelo se parece más a nosotros, prestaremos más atención.

**2. Retención.** Debemos ser capaces de retener (recordar) aquello a lo que le hemos prestado atención. Aquí es donde la imaginación y el lenguaje entran en juego: guardamos lo que hemos visto hacer al modelo en forma de imágenes mentales o descripciones verbales. Una vez “archivados”, podemos hacer resurgir la imagen o descripción de manera que podamos reproducirlas con nuestro propio comportamiento.

**3. Reproducción.** En este punto, estamos ahí soñando despiertos. Debemos traducir las imágenes o descripciones al comportamiento actual. Por tanto, lo primero de lo que



debemos ser capaces es de reproducir el comportamiento. Es importante con respecto a la reproducción es que nuestra habilidad para imitar mejorar con la práctica de los comportamientos envueltos en la tarea.

**4. Motivación.** Aún con todo esto, todavía no haremos nada a menos que estemos motivados a imitar; es decir, a menos que tengamos buenas razones para hacerlo. Bandura menciona un número de motivos:

- a) **Refuerzo pasado**, como el conductismo tradicional o clásico.
- b) **Refuerzos prometidos**, (incentivos) que podamos imaginar.
- c) **Refuerzo vicario**, la posibilidad de percibir y recuperar el modelo como reforzador.

Como la mayoría de los conductistas clásicos, Bandura dice que el castigo en sus diferentes formas no funciona tan bien como el refuerzo y, de hecho, tiene la tendencia a volverse contra nosotros.

### **2.4.1 Autorregulación**

La autorregulación (controlar nuestro propio comportamiento) es la otra piedra angular de la



personalidad humana. En este caso, Bandura sugiere tres pasos:

**1. Auto-observación.** Nos vemos a nosotros mismos, nuestro comportamiento y cogemos pistas de ello.

**2. Juicio.** Comparamos lo que vemos con un estándar. Por ejemplo, podemos comparar nuestros actos con otros tradicionalmente establecidos, tales como “reglas de etiqueta”. O podemos crear algunos nuevos, como “leeré un libro a la semana”. O podemos competir con otros, o con nosotros mismos.

**3. Auto-respuesta.** Si hemos salido bien en la comparación con nuestro estándar, nos damos respuestas de recompensa a nosotros mismos. Si no salimos bien parados, nos daremos auto-respuestas de castigo. Estas auto-respuestas pueden ir desde el extremo más obvio (decirnos algo malo o trabajar hasta tarde), hasta el otro más encubierto (sentimientos de orgullo o vergüenza).

Un concepto muy importante en psicología que podría entenderse bien con la autorregulación es el auto-concepto (mejor conocido como autoestima). Si a través de los años, vemos que hemos actuado más o menos de acuerdo con nuestros estándares y hemos tenido una vida llena de



recompensas y alabanzas personales, tendremos un auto-concepto agradable (autoestima alta). Si, de lo contrario, nos hemos visto siempre como incapaces de alcanzar nuestros estándares y castigándonos por ello, tendremos un pobre auto-concepto (autoestima baja)

Notemos que los conductistas generalmente consideran el refuerzo como efectivo y al castigo como algo lleno de problemas. Lo mismo ocurre con el auto-castigo. Bandura ve tres resultados posibles del excesivo auto-castigo:

**Compensación.** Por ejemplo, un complejo de superioridad y delirios de grandeza.

**Inactividad.** Apatía, aburrimiento, depresión.

**Escape.** Drogas y alcohol, fantasías televisivas o incluso el escape más radical, el suicidio.

Lo anterior tiene cierta semejanza con las personalidades insanas de las que hablaban Adler y Horney; el tipo agresivo, el tipo sumiso y el tipo evitativo respectivamente.

Las recomendaciones de Bandura para las personas que sufren de auto-conceptos pobres surgen directamente de los tres pasos de la autorregulación:



**Concernientes a la auto-observación.** ¡Conócete a ti mismo! Asegúrate de que tienes una imagen precisa de tu comportamiento.

**Concernientes a los estándares.** Asegúrate de que tus estándares no están situados demasiado alto. No nos embarquemos en una ruta hacia el fracaso. Sin embargo, los estándares demasiado bajos carecen de sentido.

**Concernientes a la auto-respuesta.** Utiliza recompensas personales, no auto-castigos. Celebra tus victorias, no lidies con tus fallos.

## **2.4.2 El Constructo de la Autoeficacia**

La autoeficacia se define como *“los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento”* (Bandura, 1986). Estas creencias de eficacia ocupan un rol mediacional en el funcionamiento humano actuando a modo de filtro entre las habilidades y logros anteriores del ser humano y su conducta subsiguiente (Zeldin, 2000). Para Bandura (1987) estas creencias de eficacia son mejores predictores de la conducta futura que las habilidades, los logros anteriores, o el conocimiento que el sujeto posea de la actividad a realizar, ya que la autoeficacia va a determinar que hace el sujeto con el conocimiento o las habilidades que posee



(Valiante, 2000). Sin embargo, un funcionamiento competente requiere tanto precisión en las autopercepciones de eficacia como la posesión de habilidades reales y el conocimiento de la actividad a realizar, así como de los juicios del sujeto acerca de los resultados más probables que una conducta determinada producirá (expectativas de resultados). Todos estos componentes mantienen entre sí relaciones complejas que deben ser consideradas toda vez que se pretenda estudiar la utilidad predictiva de las creencias de autoeficacia.

La teoría social cognoscitiva establece que las personas que tienen un alto sentido de eficacia imaginan recompensas y éxitos, se forjan guías de acción y emplean mayores esfuerzos que otras para hacer frente a los retos. Esas personas generan expectativas de resultados favorables para sus acciones y cuanto más fuerte es su creencia de autoeficacia, más altas son esas expectativas. Al conjunto de estos atributos y a su funcionamiento activo y dinámico es a lo que esa teoría llama “agencia humana”, las creencias de autoeficacia afectan el comportamiento humano de cuatro formas:

Primero, la autoeficacia influye en la elección de actividades y conductas. Las personas tienden a elegir y





comprometerse en actividades en las cuales se consideran altamente eficaces y tienden a evitar aquellas en las cuales se consideran ineficaces.

Segundo, la autoeficacia determina cuanto esfuerzo invierten las personas en una actividad, como así también cuán perseverantes serán estas frente a los obstáculos que puedan presentársele.

La tercera forma mediante la cual la autoeficacia afecta al comportamiento humano es influyendo sobre los patrones de pensamiento y las reacciones emocionales. Las personas de baja autoeficacia, por ejemplo, pueden considerar a las actividades que deben realizar mucho más difíciles de lo que realmente son, lo cual les ocasionara un alto grado de estrés y ansiedad así como pensamientos negativos acerca de su posible desempeño. Un alto nivel de autoeficacia, por otra parte, brinda una mayor confianza y serenidad en el afrontamiento de tareas difíciles. La autoeficacia influye a su vez en las atribuciones causales que el individuo realiza frente al éxito o al fracaso en las actividades.

La cuarta forma en la cual la autoeficacia afecta el comportamiento es permitiendo al sujeto ser un productor de su propio futuro y no un simple predictor. Aquellos



sujetos que se perciben a sí mismos eficaces se imponen retos, intensifican sus esfuerzos cuando el rendimiento no es suficiente de acuerdo a las metas que se habían propuesto, experimentan bajos grados de estrés ante tareas difíciles y presentan una gran cantidad de intereses por actividades nuevas. La teoría de Alberto Bandura se puede poner en práctica a través del socio drama, radionovelas, historias narradas. Las personas aprenden de las consecuencias positivas o negativas de las acciones de los modelos de comportamientos; la autoeficacia es entonces un pensamiento auto referente que se convierte en un mediador entre el conocimiento de una habilidad y su ejecución, la persona entonces debe sentirse capaz de ejecutar una acción o de adoptar una conducta.

## **2.5 Teoría de Vigotsky**

El medio social es crucial para el aprendizaje, lo que produce la integración de los factores social y personal. El fenómeno de la actividad social ayuda a explicar los cambios en la conciencia y fundamenta una teoría psicológica que unifica el comportamiento y la mente. El entorno social influye en la cognición por medio de sus "instrumentos", es decir, sus objetos culturales ( autos, máquinas) y su lenguaje e instituciones sociales (iglesias,



escuelas). El cambio cognoscitivo es el resultado de utilizar los instrumentos culturales en las interrelaciones sociales y de internalizarlas y transformarlas mentalmente. La postura de Vigotsky es un ejemplo del constructivismo dialéctico, porque recalca la interacción de los individuos y su entorno.

Además considera el aprendizaje como uno de los mecanismos fundamentales del desarrollo. “La mejor enseñanza es la que se adelanta al desarrollo”. La interacción social se convierte en el motor del desarrollo. Introduce además el concepto de “zona de desarrollo próximo” que es la distancia entre el nivel real de desarrollo y el nivel de desarrollo potencial. Para determinar este concepto hay que tener presentes dos aspectos: la importancia del contexto social y la capacidad de imitación. Aprendizaje y desarrollo son dos procesos que interactúan. El aprendizaje se produce más fácilmente en situaciones colectivas.

La teoría habla también como el ser humano ya trae consigo un código genético o “Línea natural del desarrollo” también llamado código cerrado, la cual está en función de aprendizaje, en el momento que el individuo interactúa con el medio ambiente. No podemos decir que el individuo se constituye de un aislamiento. Más bien de una interacción,



donde influyen mediadores que guían al individuo a desarrollar sus capacidades cognitivas.

### ***2.5.1 Interacción entre aprendizaje y desarrollo***

Vigotsky sistematiza en tres, las posiciones teóricas respecto al aprendizaje y el desarrollo. Estas son:

**1. Cuando los procesos de desarrollo del niño son independientes del aprendizaje:** El aprendizaje se considera como un proceso puramente externo que no está complicado de modo activo en el desarrollo. Simplemente utiliza los logros del desarrollo en lugar de proporcionar un incentivo para modificar el curso del mismo.

El desarrollo o maduración se considera como una condición previa del aprendizaje pero nunca como el resultado del mismo.

**2. Cuando el aprendizaje es desarrollo:** Teorías como las basadas en el concepto del reflejo, esto es una reducción del proceso de aprendizaje a la formación de hábitos, identificándolos con el desarrollo.

**3. Cuando el desarrollo se basa en dos procesos distintos pero relacionados entre sí:** Por un lado está la maduración, que depende directamente del desarrollo del



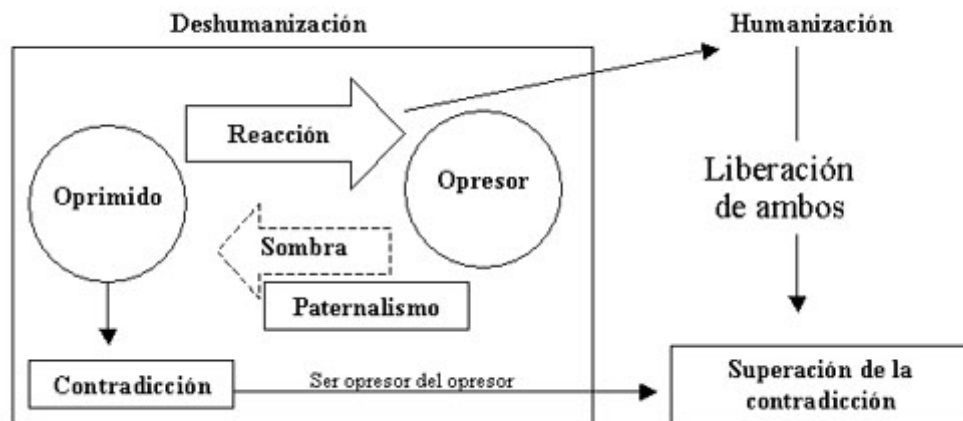
sistema nervioso y por otro lado el aprendizaje, que a su vez, es también un proceso evolutivo.

El proceso de aprendizaje estimula y hace avanzar el proceso de maduración. El punto nuevo y más notable de esta teoría, según la perspectiva de Vigotsky es que se le atribuye un extenso papel al aprendizaje dentro del desarrollo del niño.

## **2.6. Teoría de Paulo Freire.**

A menudo se señala a Freire como entre los últimos pedagogos que han analizado la problemática educativa desde un punto de vista integral. La propuesta de Paulo Freire se alinea en la crítica ideológica al sistema capitalista y establece las bases para una educación al servicio de la liberación revolucionaria.

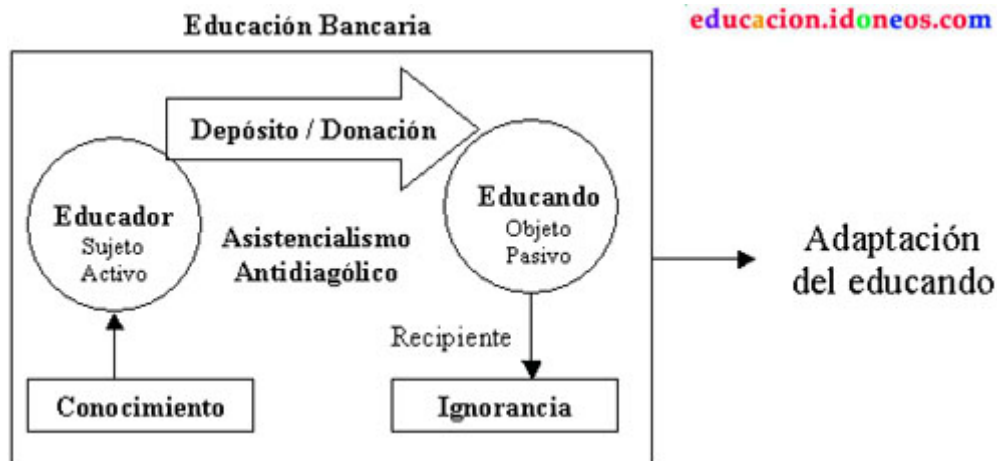
*Freire señala la "deshumanización" como consecuencia de la opresión. Esta, afecta no solamente a los oprimidos sino también a aquellos que oprimen.*



La violencia ejercida por los opresores, tarde o temprano, genera alguna reacción por parte de los oprimidos, y estos, generalmente anhelan convertirse en opresores de sus ex - opresores. Sin embargo, los oprimidos tienen para sí el desafío de transformarse en los restauradores de la libertad de ambos.

Los oprimidos son descriptos por Freire como seres duales que, de algún modo "idealizan" al opresor. Se trata pues, de una contradicción: en vez de la liberación, lo que prevalece es la identificación con el contrario: es la sombra testimonial del antiguo opresor. Ellos temen a la libertad porque ésta les exigirá ser autónomos y expulsar de sí mismos la sombra de los opresores. De esta forma, debería nacer un hombre nuevo que supere la contradicción: ni opresor ni oprimido: un hombre liberándose.

*En la educación bancaria la contradicción es mantenida y estimulada ya que no existe liberación superadora posible. El educando, sólo un objeto en el proceso, padece pasivamente la acción de su educador.*



En la concepción bancaria, el sujeto de la educación es el educador el cual conduce al educando en la memorización mecánica de los contenidos. Los educandos son así una suerte de "recipientes" en los que se "deposita" el saber.

El educador no se comunica sino que realiza depósitos que los discípulos aceptan dócilmente. El único margen de acción posible para los estudiantes es el de archivar los conocimientos.

El saber, es entonces una donación. Los que poseen el conocimiento se lo dan a aquellos que son considerados ignorantes. La ignorancia es absolutizada como



consecuencia de la ideología de la opresión, por lo cual es el otro el que siempre es el poseedor de la ignorancia.

De este modo, a mayor pasividad, con mayor facilidad los oprimidos se adaptarán al mundo y más lejos estarán de transformar la realidad.

De este modo, la educación bancaria es un instrumento de la opresión porque pretende transformar la mentalidad de los educandos y no la situación en la que se encuentran

Freire señala sin embargo, que incluso una educación bancaria puede despertar la reacción de los oprimidos, porque, aunque oculta, el conocimiento acumulado en los "depósitos" pone en evidencia las contradicciones. No obstante, un educador humanista revolucionario no debería confiarse de esta posibilidad sino identificarse con los educandos y orientarse a la liberación de ambos.

Pero tanto el educador como los educandos, así como también los líderes y las masas, se encuentran involucrados en una tarea en la que ambos deberían ser sujetos. Y no se trata tan solo de descubrir y comprender críticamente sino también de recrear el conocimiento. De esta manera, la presencia de los oprimidos en la búsqueda de su liberación deberá entenderse como compromiso.





## **2.7 ¿Las intervenciones modifican las conductas?**

Los estudios considerados de mayor calidad (en evaluación e intervención), se consideran si son de cuatro o más sesiones, muestras grandes y largos períodos de seguimiento para conseguir cambios en la conducta.

Las actitudes también se modifican con las intervenciones, aunque de forma menos intensa que los conocimientos y a veces de forma selectiva en subpoblaciones. Las intervenciones basadas en modelos teóricos comportamentales modifican mejor las actitudes que las que no los mencionan siquiera; cambio de actitudes también parece relacionarse positivamente con el número de sesiones.

La intención de conducta y la autoeficacia se revelan buenas herramientas para la evaluación de resultados. Un tamaño muestral superior a 500 individuos, la disponibilidad de datos pre y post intervención, la existencia de grupo control, la equivalencia de grupos, la asignación aleatoria o control en el análisis, el tiempo entre la medida pre y la postintervención de tres meses o más, la utilización de un modelo teórico de conducta y el número de sesiones



superior a cuatro; aseguran la máxima calidad del estudio, cuando éste se refiere a prácticas.

### **2.7.1 Calidad de la intervención para prevención del VIH/SIDA**

Los estudios de calidad alta son aquellos que en la intervención cuentan con el respaldo de una teoría de cambio conductual y un mínimo de cuatro sesiones, si cumplen un criterio se asegura una mejor calidad y si no cumple ninguno, será de baja calidad. Las intervenciones deben dar mensajes claros y constantes de cambios de conducta y debe medirse las intenciones de conducta, (33, 34,35); lo que se facilita a través de la escala de autoeficacia.

Además las intervenciones son de mayor calidad si son dictadas por una persona con experiencia en el campo educativo de prevención, si se cuenta con material de apoyo, si la intervención es interactiva y si la permanencia en el aula es superior a 30 minutos.

Un estudio realizado en Brasil detectó y analizó los obstáculos y dificultades para llevar a cabo consistentemente prácticas de sexo seguro entre jóvenes, como parte de la evaluación de un taller sobre sexualidad y



SIDA en una escuela nocturna de Sao Paulo. A través de la construcción y actuación colectiva de “escenas sexuales”, que eran historias reales sobre relaciones sexuales aportadas por los participantes, se hizo evidente que la desigualdad de género es un elemento clave en la imposibilidad de negociar prácticas de sexo seguro. Asimismo, en las condiciones materiales que estructuran las oportunidades de tener relaciones sexuales, como son los encuentros apresurados y clandestinos en lugares públicos y el costo de cada condón (aproximadamente un dólar), el SIDA fue mencionado como uno más de los riesgos que los jóvenes corren cotidianamente. Por otro lado, la descripción que los jóvenes hicieron de los servicios de salud fue sumamente negativa, de modo que no acudían a ellos por temor al estigma, el maltrato y la burla. La evaluación de la “escena sexual” arroja datos positivos como un método que fomenta la conciencia entre algunos grupos sociales, y como medio para que enfrenten y cuestionen las barreras personales y estructurales con las que chocan cuando deciden tener prácticas de sexo seguro.

La importancia de otros costos sociales por encima del temor a la infección por VIH fue documentada también por



un estudio cualitativo realizado con jóvenes de Sri Lanka, quienes mostraron mayor preocupación por la pérdida de la virginidad, de posibilidades de matrimonio, por el embarazo y la pérdida de la reputación frente a la familia, que frente al riesgo de infección por VIH, a pesar de tener suficientes conocimientos al respecto. Estas normas culturales parecen haber protegido relativamente a los jóvenes de Sri Lanka pues parecen favorecer actividades no penetrativas vaginales, pero hay evidencias de comportamientos de riesgo que no desafían estos cánones morales como el sexo anal, la utilización de sexo comercial, sexo entre hombres y penetración parcial del pene en la vagina. En todo caso, los tres estudios insisten en la necesidad de que las intervenciones preventivas sean más abarcativas que el solo trabajo sobre VIH/SIDA, pues las conductas de riesgo de las poblaciones vulnerables se inscriben en contextos más amplios que las determinan.

Los modelos de información, educación y comunicación difunden y hacen del conocimiento de la población la existencia y los mecanismos de transmisión del VIH, pero en general no han resultado en un cambio de comportamientos de riesgo, pues no existe una relación unilateral entre conocimiento, creencias y conductas. En



una revisión de las estrategias de prevención y control del SIDA en México, Sepúlveda et al afirman que “las campañas masivas no cambian de manera importante los comportamientos, pero son útiles para mantener un estado de alerta y para crear el clima que haga aceptable otro tipo de intervenciones más puntuales y específicas”. Asimismo, los autores aseguran que “es indispensable desarrollar intervenciones que toquen aspectos más profundos de los individuos a los que se quiere llegar”. Estos aspectos profundos implican la comprensión de los contextos de la sexualidad, a nivel emocional, social, cultural y económico.

**2.8 Las encuestas Caps.** (Conocimientos, actitudes y prácticas) por si solas permiten:

- Establecer un sistema de alerta temprana que advierte los peligros emergentes o cambios en los comportamientos de riesgo.
- Revelar las lagunas en la información y los conocimientos acerca de las ITS y VIH/SIDA que pueden ser cubiertas con intervenciones.
- Identificar segmentos de la población que por su conducta se encuentran especialmente expuestos a contraer las ITS y la infección por el VIH.



- Datos sobre públicos específicos para complementar la información de las encuestas de la población en general.
- Comparaciones y ofrecen un grado de homogenización que suele estar ausente cuando los datos los recopilan una variedad de organismos diferentes.

### Vigotsky:

- Plantea la inclusión de los nuevos recursos de forma que estos agilicen el proceso de aprendizaje, deroga las tendencias del monologo de clase, e introduce la interacción del maestro con el alumno, para un aprendizaje interactivo. Permite la inclusión de la tecnología para contrarrestar los cambios socio-político económico que se ha dado a través del tiempo; así, en vez de dar lectura de un manuscrito de 500 páginas sobre la independencia patria, introduce la opción de mirar filmes, donde se desempeñen estos hechos en 90 minutos; lo cual para el educando de hoy, resulta más fácil de captar.



## **CAPÍTULO III**

### **3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS**

#### **3.1 HIPÓTESIS**

Los conocimientos sobre ITS y VIH/SIDA, las actitudes inadecuadas y prácticas de riesgo pueden modificarse con una intervención educativa diseñada para el efecto.

#### **3.2 OBJETIVOS**

##### **3.2.1. Objetivo General:**

- Evaluar y modificar los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los estudiantes de la Universidad de Cuenca de la Facultad de Jurisprudencia sobre ITS y VIH/SIDA.

##### **3.2.2. Objetivos específicos**

- Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los estudiantes de la Universidad de Cuenca de la facultad de Jurisprudencia sobre ITS y autoeficacia en prevención del SIDA a través de la aplicación de un cuestionario antes de la intervención educativa.



- Realizar una intervención educativa basada en las Teorías cognitivas y cognoscitivo social de Albert Bandura, para modificar los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los estudiantes de la Universidad de Cuenca de la facultad de Jurisprudencia sobre ITS y VIH/SIDA.
- Evaluar los conocimientos, actitudes, prácticas y autoeficacia en prevención del SIDA que tienen los estudiantes de la Universidad de Cuenca de la facultad de Jurisprudencia sobre ITS y VIH/SIDA después de la intervención educativa por medio de los PRECAPS.





## **CAPÍTULO IV**

### **1. DISEÑO METODOLÓGICO**

Esta investigación tiene como propósito determinar la modificación de los conocimientos, actitudes y prácticas de los estudiantes de la Universidad de Cuenca de la Facultad de Jurisprudencia en la escuela de Derecho, luego de realizar una intervención educativa y POSCAPS.

#### **Características de la investigación:**

##### **4.1 Tipo de estudio:**

Se realizó un estudio descriptivo Cuasiexperimental sin grupo control sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de los estudiantes de la Universidad de Cuenca de la Facultad de Jurisprudencia en la escuela de Derecho; en donde se aplicó un formulario pre y postintervención sobre el tema de estudio, siendo llenados en un tiempo de 60 minutos cada uno; obteniendo de esta manera la información necesaria para realizar esta investigación.

##### **4.2 Área de estudio:**

El estudio se realizó en los estudiantes de la Universidad de Cuenca de la Facultad de Jurisprudencia, provincia del



Azuay. Ubicada en el campus de la universidad de Cuenca, con dirección Av. 12 de Abril (oeste), Av. Loja (sur), Av. Solano (norte), Av. Remigio Tamariz (este).

#### **4.3. Universo y Muestra**

Universo.-Está conformado por todos los estudiantes de Primer año de la Escuela de Derecho de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca que cursan el año lectivo 2008-2009, representados por 353 estudiantes.

Muestra.- Para calcular la muestra se utilizó la siguiente fórmula:

$$S = z \times z \left( p ( 1 - p ) / D \times D \right).$$

Se utilizó un intervalo de confianza del 95%, el Universo es de 353 y la prevalencia es del 10%. Estos datos fueron introducidos en Epi- info y la muestra representativa fue de 99 estudiantes de la escuela de Derecho, con la cual se trabajó tanto en la preintervención como en la postintervención.

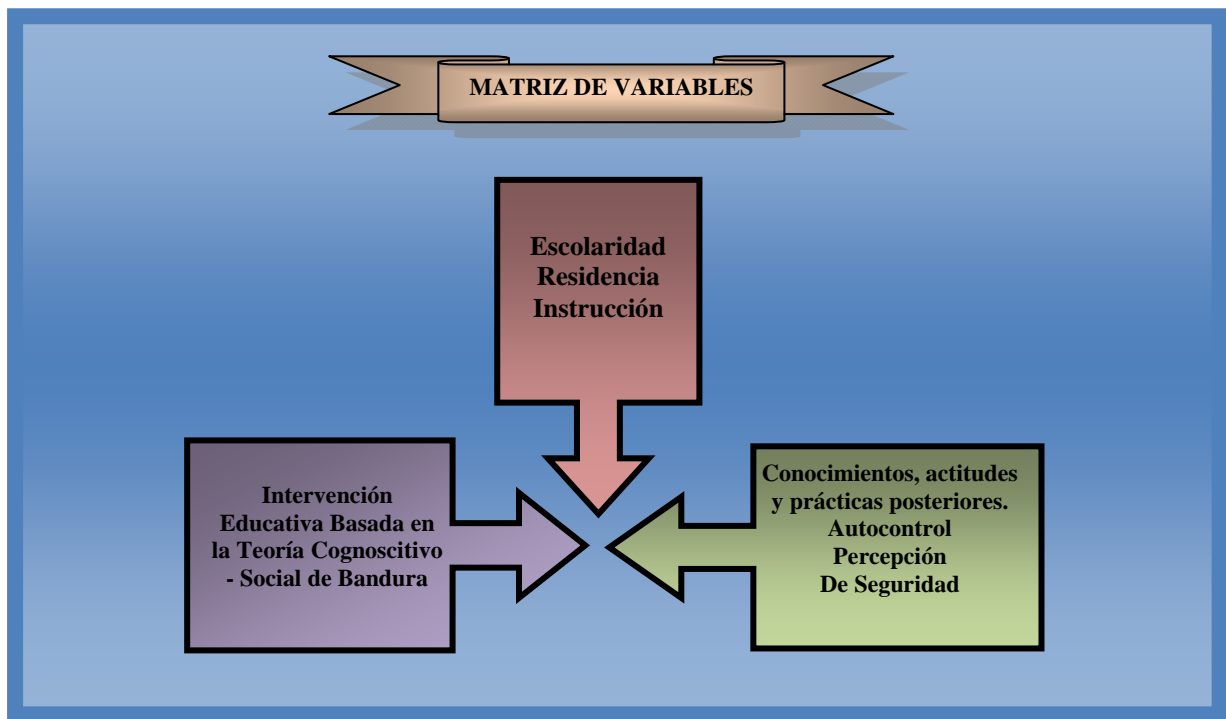
#### 4.4. Variables

Se consideraron variables del estudio: edad, género, estado civil, religión, residencia y todos los ítems que valoraron conocimientos, actitudes y prácticas en relación con las enfermedades de transmisión sexual.

##### 4.4.1. RELACIÓN EMPÍRICA DE VARIABLES

*Variable independiente:* Intervención educativa

*Variable dependiente:* Modificación de conocimientos, de actitudes y de prácticas.





#### 4.4.2. Operacionalización de Variables

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
<b>Edad</b>	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha	Tiempo	Años cumplidos	Valor absoluto
<b>Procedencia</b>	Región geográfica (área de división política a la que pertenece una persona y su relación con centros poblados urbanos o rurales)	Geográfica	Registro	Urbano Rural
<b>Sexo</b>	Diferencia física que distingue a los organismos individuales, según las funciones que realizan en los procesos de reproducción y desenvolvimiento social.	Masculino Femenino	Fenotipo	Masculino Femenino
<b>Conocimientos sobre las ITS</b>	Conjunto de información adquirida en relación a ITS	Intelectual	Encuesta CAP, Escala de Autoeficacia y SEA 27: A B C	Categórica y Cuantitativa
<b>Actitud sobre ITS</b>	Actitudes correctas frente a ITS			
<b>Prácticas sobre ITS</b>	Comportamiento tomado frente a una situación específica	Acciones		



## **4.5. Procedimientos, Técnicas e Instrumentos**

### **4.5.1. RECOLECCIÓN DE DATOS**

La recolección de datos de los estudiantes de la Escuela de Derecho de la Universidad de Cuenca se realizó antes de la intervención educativa y 3 meses después de la misma, la recopilación fue directa con la presencia de los investigadores, lo que facilitó responder dudas y aclarar las preguntas del cuestionario.

Previo a la recolección de la información se pidió a los estudiantes encuestados su consentimiento informado para participar en la investigación, mediante una autorización formal con su firma, luego de la cual se procedió aplicar el cuestionario diseñado para este estudio en la primera semana del mes de enero, siendo resuelto con ayuda de los facilitadores; en las posteriores semanas del mes se efectuaron las intervenciones educativas que abarcaban la información suficiente sobre el tema de estudio; finalmente se procedió aplicar el cuestionario necesario para recolectar los datos que fueron analizados.



#### **4.5.2. DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN**

El instrumento fue una encuesta de valoración de CAPs que mide conocimientos, actitudes y prácticas sobre las infecciones de transmisión sexual, es una herramienta validada y aplicada en un estudio realizado por el investigador cubano Fatjo Aymee del Instituto de Medicina Tropical Pedro Kouri de ciudad de La Habana.

#### **4.5.3. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO**

Como se señala en el ítem anterior el instrumento ha sido validado por Fatjo Aymee del Instituto de Medicina Tropical Pedro Kouri de La Habana previo consenso de expertos y para complementar su validez se sometió a la técnica de repetición del test utilizando como medida el coeficiente de correlación lineal entre las dos aplicaciones del test. En esta prueba de test-retest se obtuvo un coeficiente de 0.94 que le otorgó una calificación de “Bueno”.

En las variables de conocimientos y actitudes, los conocimientos tienen mayor puntuación.

En las variables de prácticas, la mayor puntuación se otorga a las prácticas de riesgo o las consideradas malas prácticas.



#### **4.5.4. DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO (Anexo 1)**

El instrumento de medición de CAPs es una herramienta que puede ser aplicada con la técnica de *encuesta administrada*.

El instrumento tiene las siguientes secciones:

##### **Sección I**

Identificación del cuestionario, código y fecha de aplicación.

##### **Sección II**

Variables sociodemográficas de la entrevistada.

##### **Sección III**

Exploración de conocimientos sobre ITS, preguntas 7, 8, 9 y 10.

##### **Sección IV**

Exploración de actitudes, preguntas 11, 12, 13 y 14. Las preguntas 15 y 16 constituyeron variables de control.

##### **Sección V**

Exploración de prácticas, preguntas 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25 y 26. La pregunta 24 no fue valorada.

De la sección III hasta la sección V constituyen el instrumento de medición, de conocimientos, actitudes y prácticas sobre ITS; cada pregunta como puede constatarse en el anexo I tiene varios ítems, son preguntas



cerradas, a cada ítem de cada pregunta el encuestado contesta si o no. Cada posibilidad de respuesta fue previamente codificada para facilitar la tabulación de los datos.

#### **4.5.5. DESCRIPCIÓN DE LAS SECCIONES III, IV Y V DEL CUESTIONARIO**

##### **Variables de conocimientos:**

- Infecciones de transmisión sexual que conoce
- Transmisión de estas infecciones
- Manifestaciones clínicas de las ITS
- Curación de las ITS/VIH/SIDA

##### **Variables de actitudes:**

- Actitud ante el nivel de atención médica de estas infecciones
- Actitud ante una ITS
- Prevención de las ITS
- Actitud ante relaciones sexuales con desconocidos o poco conocidos





## **Variables de prácticas**

- Parejas en los 12 últimos meses: cuántas
- Práctica sexual: homosexual, heterosexual, bisexual
- Hábito sexual: anal, oral, genital
- Portador de una ITS en alguna ocasión: mencionarla
- Conversar con su pareja sobre el tema
- Relaciones sexuales embriagado o bajo el efecto de drogas
- Uso del preservativo
  - Siempre: cuando su uso se da en todas las relaciones sexuales
  - Ocasionalmente: cuando su uso está presente en alguna de sus prácticas sexuales
  - Nunca: cuando no forma parte de sus prácticas sexuales
- Razones por la que no lo usa
  - Disminuye la sensibilidad
  - No sabe utilizarlo
  - Siente pena negociarlo con la pareja
  - Vergüenza adquirirlo en las farmacias
  - Pareja estable
- Relaciones sexuales con desconocidos
- Uso del condón en estas relaciones



- Siempre: cuando se uso en alguna de sus prácticas sexuales
- Nunca: cuando no forma parte de sus prácticas sexuales

Estas variables sobre conocimientos, actitudes y prácticas fueron evaluadas según una escala de puntuación:

Con las variables que van de la pregunta 7 a la pregunta 14: puntuación que mide los conocimientos y las actitudes, ésta osciló en un rango entre 12 y -6 puntos (ver clave de calificación).

Con las variables que van de la pregunta 17 a la 26: puntuación que evalúa las prácticas, ésta osciló en un rango entre 10 y 0 puntos (ver clave de calificación).

#### **4.5.6 Descripción de la sección VI del formulario:**

Correspondió a la escala de autoeficacia, siguiendo la teoría de Ausubelt y Vigotsky, para prevenir el SIDA con 27 preguntas de intención.

La subescala A incluye preguntas sobre seguridad de decir no a las relaciones sexuales frente a circunstancias diversas; la subescala B incluye seguridad o no de



preguntar a la novia sobre relaciones sexuales previas, uso de drogas, experiencia homosexual, discutir sobre SIDA y la subescala C incluye preguntas sobre la seguridad en el uso del preservativo, abstinencia sexual, fidelidad, confianza con los padres.

Para el análisis se tomó en cuenta el nivel de mayor seguridad de la escala.

## **4.6. Dinámica de la Investigación**

### **4.6.1. AUTORIZACIÓN**

Se contó con la autorización del Dr. Jorge Morales decano de la Facultad de Jurisprudencia de la Escuela de Derecho de la Universidad de Cuenca del año lectivo 2008-2009 y de los correspondientes maestros que nos permitieron realizar las intervenciones educativas en su correspondiente horario de clases.

### **4.6.2. CAPACITACIÓN**

La capacitación de los investigadores estuvo a cargo de la Dra. Eulalia Freire Solano Directora y Asesora de la presente investigación.



#### **4.6.3. SUPERVISIÓN Y COORDINACIÓN**

La supervisión y coordinación de la investigación estuvo a cargo de la directora y asesora de investigación Dra. Eulalia Freire Solano designada por el Consejo Directivo de la Facultad.

#### **4.6.4. PROCESO**

La intervención educativa se realizó en las aulas de primer año de la facultad de Jurisprudencia de la Escuela de Derecho de la Universidad de Cuenca del año lectivo 2008-2009 en los grupos 4 y 5 conformados por 50 estudiantes cada grupo.

Se programaron seis reuniones con duración de una hora cada una. Las charlas fueron interactivas con la participación de los estudiantes quienes manifestaban sus dudas.

En la primera sesión se les explicó a los estudiantes toda la programación de las próximas sesiones y además se les aplicó un cuestionario denominado Evaluación pre Caps..

De la segunda a la quinta reunión estuvieron enfocadas en: analizar la definición de Sexualidad Sana basándonos en



los conceptos de la OMS; tomando como instrumento para la facilitar la exposición archivos informativos en Power Point sobre anatomía genital masculina y femenina, descripción de las ITS- VIH/SIDA sus signos y síntomas, prevención de las ITS, uso correcto del preservativo, fidelidad y abstinencia. Otro instrumento utilizado fueron las historias narradas (ver Anexos).

También se reforzó la información mediante una intervención práctica con una maqueta del órgano sexual masculino (pene) indicándoles la correcta técnica de utilizar el preservativo, para ello se entregó preservativos a cada estudiante.

En la sexta reunión se aplicó el segundo cuestionario denominado Evaluación post Caps. y se entregó a cada uno de los estudiantes el manual de las ITS elaborado por la Dra. Eulalia Freire Solano, y además folletos informativos sobre: prevención de las ITS, manifestaciones de ITS, VIH/SIDA los mismos que fueron facilitados por APROFE



#### 4.6.5. CRONOGRAMA DE LA INTERVENCIÓN

ACTIVIDADES	QUIEN	COMO	MATERIALES	DONDE
Evaluación Pre Caps.	Alexandra Regalado Julia Reinoso Johanna Riera	Grupos 4 y 5	Encuesta	Aula de los grupos 4 y 5 correspondiente
Intervención	Alexandra Regalado Julia Reinoso Johanna Riera	Grupos 4 y 5	Computadora Infocus	Aula de los grupos 4 y 5 correspondiente
Intervención	Alexandra Regalado Julia Reinoso Johanna Riera	Grupos 4 y 5	Computadora Infocus	Aula de los grupos 4 y 5 correspondiente
Intervención	Alexandra Regalado Julia Reinoso Johanna Riera	Grupos 4 y 5	Computadora Infocus	Aula de los grupos 4 y 5 correspondiente
Intervención	Alexandra Regalado Julia Reinoso Johanna Riera	Grupos 4 y 5	Computadora Infocus Preservativos Maqueta del pene	Aula de los grupos 4 y 5 correspondiente
Evaluación post- Caps.	Alexandra Regalado Julia Reinoso Johanna Riera	Grupos 4 y 5	Cuestionario Entrega de manuales	Aula de los grupos 4 y 5 correspondiente

#### 4.7. Aspectos Éticos de la Investigación

Previo a la investigación se solicitó a los alumnos el consentimiento informado (ver Anexos) y se reconoció el derecho a decidir su participación o negarse a ella. También se explicó que no obtendrían ningún beneficio a participar en el estudio. Se excluyó a los estudiantes en número que no desearon participar de la investigación. Los datos obtenidos con total veracidad podrán ser verificados



por la Facultad de Ciencias Médicas o la Escuela de Derecho a través de la Comisión de Bioética o la institución auspiciadora.

Los resultados finales pueden ser utilizados con fines académicos para beneficio de la comunidad universitaria

#### **4.8. Análisis de la Información y Presentación de los Resultados**

La información recopilada fue introducida en una base de datos de un programa de computadora, el SPSS versión 15.0 en español para Windows™.

Para la contrastación de hipótesis se utilizó las pruebas estadísticas pertinentes de acuerdo al tipo de variable. Se compararon promedios y proporciones en todas las preguntas sobre conocimientos, actitudes y prácticas y se consideraron significativos los valores de  $P < 0,05$ .

Los resultados se presentan en porcentajes (%) para el análisis de las variables discretas y en promedios o media aritmética  $\pm$  desviación estándar ( $X \pm SD$ ) para el análisis de las variables continuas. Además se utilizó la prueba T de Student para muestras dependientes.



Se utilizan tablas y gráficos recomendados por la metodología de acuerdo al tipo de variable representada.

## **CAPÍTULO V**

### **5. RESULTADOS**

#### **5.1 Cumplimiento del Estudio**

El estudio se realizó en 99 estudiantes de primer año de la Escuela de Derecho de la Facultad de Jurisprudencia en la Universidad de Cuenca, que conformó el grupo de intervención.

#### **5.2. Caracterización de la Población de Estudio**

Se elaboró una tabla base del grupo intervenido tomando en cuenta las variables demográficas incluidas en la tabla N° 1.

En nuestro estudio encontramos que el 57,6% están entre de 17 a 19 años, corresponden al sexo masculino el 67%. El 91.9% corresponden al estado civil soltero (a); viven en unión libre un 5.1% y son casados el 3%. En cuanto a la religión la mayoría son católicos y solo un 8% pertenecen a otras religiones, entre éstas la evangélica y testigos de Jehová. El 98% proceden del sector urbano.



**Tabla N°1**

**Datos Demográficos según la edad, género, estado civil, religión, residencia de 99 estudiantes en la intervención educativa sobre ITS-VIH/SIDA, en la Escuela de Derecho en el primer año de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca. 2009.**

VARIABLES	FRECUENCIA	%
EDAD		
17 a 19 años	57	57,6
20 a 22 años	42	42,4
Total	99	100
GÉNERO		
Masculino	62	62,6
Femenino	37	37,4
Total	99	100,0
ESTADO CIVIL		
Soltero	91	91,9
Casado	3	3,0
Unión libre	5	5,1
Total	99	100,0
RELIGIÓN		
Católica	91	91,9
Otro	8	8,1
Total	99	100,0
RESIDENCIA		
Urbano	97	98,0
Rural	2	2,0
Total	99	100,0



**Fuente:** Base de datos y Gráficos de anexos (1-4)

**Elaboración:** Autoras

### **5.3. Resultados antes y después de la intervención educativa:**

#### **5.3.1. Resultados antes y después de la intervención promedio de proporciones.**

Promedios de conocimientos, actitudes y prácticas obtenidos antes y después de la intervención educativa. (Tabla y Gráfico N° 2).

En la valoración global del grupo de la postintervención los promedios tuvieron un incremento muy significativo de 7.22 al referirnos a los conocimientos y de 8.17 a las actitudes lo cual nos indica que el incremento del promedio de los conocimientos y actitudes es por motivo de la intervención educativa.

Con respecto a las prácticas el promedio de 4.7 de la preintervención es similar en la postintervención debido a que estos resultados son difíciles de modificar.



## **Tabla N°2**

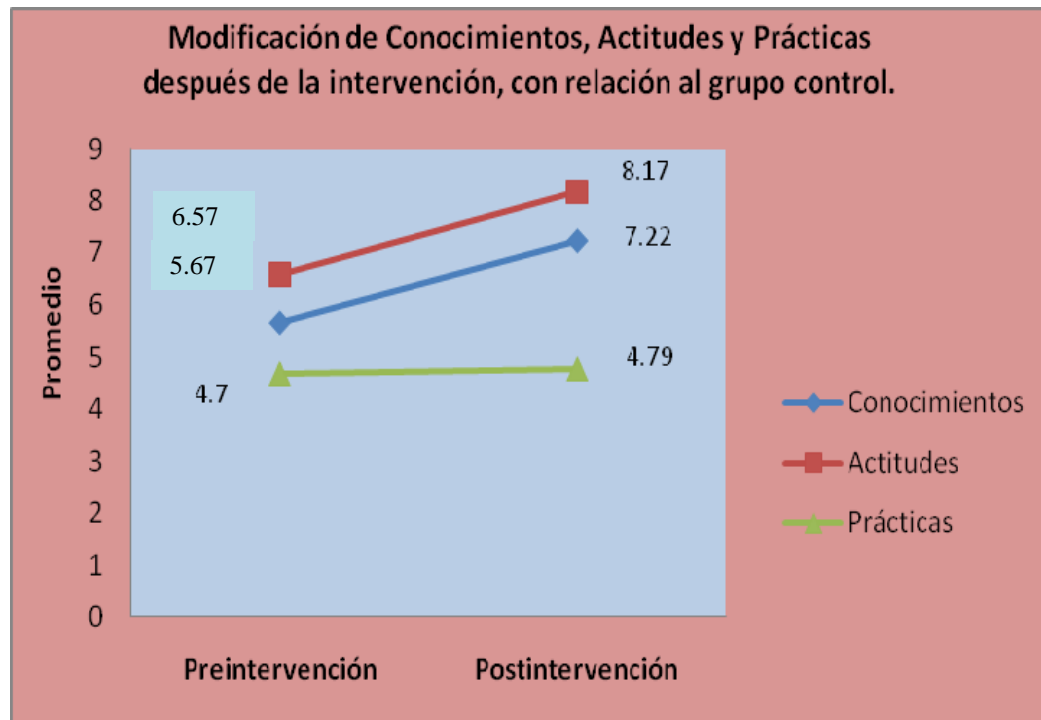
**Comparación de puntajes promedio sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas obtenidos de 99 estudiantes antes y después de la intervención educativa sobre ITS-VIH/SIDA, en la Escuela de Derecho en el primer año de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca. 2009.**

	<b>PREINTERVENCIÓN</b>	<b>POSTINTERVENCIÓN</b>
	Promedio	Promedio
<b>Conocimientos</b>	5,67	7,22
<b>Actitudes</b>	6,57	8,17
<b>Prácticas</b>	4,7	4,79

**Fuente:** Base de datos

**Elaboración:** Autoras

## Gráfico N°1



**Fuente:** Base de datos

**Elaboración:** Autoras

### 5.4. Promedio de edad de inicio de la actividad sexual y rotación de parejas.

#### Prueba T de Student para muestras dependientes.

La media de edad de inicio de las relaciones sexuales fue de  $15.6 \pm 2.2$  para los estudiantes de la Escuela de Derecho en el primer año de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca.



En cuanto al número de personas con las que tuvieron relaciones sexuales, en los 3 últimos meses fue de  $1,2 \pm 0,8$  en la encuesta realizada antes de la intervención educativa, mientras que la media en la postintervención fue de  $1,3 \pm 0,9$ , la diferencia de medias da un valor de  $p = 0,0001$  que si es estadísticamente significativo.

## **5.5. PRE Y POSTINTERVENCIÓN**

### **Porcentajes de Conocimientos sobre ITS y VIH/SIDA (Tabla N°3)**

El 4%, 55.6%, 53.5%, 97%, 54.5%, 8.1%, y 2% reconocieron: Condiloma, Herpes, Sífilis, SIDA, Gonorrea, Trichomoniasis y Clamidiasis, como ITS antes de la intervención; luego de la intervención el 68,7%, 86,9%, 100%, 100%, 100%, 77.8%, y 73.7%, reconocieron estas infecciones de transmisión sexual, se obtuvo  $p < 0,05$  excepto en SIDA, puesto que el 97% reconocían esta enfermedad como una ITS antes de la intervención y el 100% despues de la intervención. Luego de la intervención educativa los estudiantes reconocían las ITS.



Vías de transmisión de ITS: el 86,9%, 89,9% y 75,8% de los estudiantes reconocieron la transmisión por coito genital, transmisión sanguínea y vertical antes de la intervención educativa; luego de la intervención educativa el 100%, y 97% conocían estas vías de transmisión, obteniendo un  $p < 0,05$ .

El 11% de estudiantes indicó la transmisión a través del beso o sudor antes de la intervención; La intervención educativa modificó el conocimiento sobre estas vías de transmisión con un valor de  $p < 0.05$

Manifestaciones Clínicas de las ITS: el 22,2%, 73,7%, 65,7%, 55,6%, 33,3% de los estudiantes reconocieron: el dolor pélvico, secreción genital, presencia de verrugas en genitales, manchas en la piel, y la presencia de adenopatías antes de la intervención educativa; después de la intervención educativa el 88,9%, 100%, 100%, 96%, 71,7% y 30,3% reconocieron estas manifestaciones; se obtuvo un valor de  $p < 0,05$ ; por lo que la intervención educativa si modificó el conocimiento de las manifestaciones clínicas de las ITS y VIH/SIDA.



Curación de las ITS: el 63.6%, 43.4%, 65.7%, 47.5%, 4.0%, 45.5%; manifiestan que son curables las ITS como: Sífilis, Blenorragia, Clamidiasis, SIDA, Trichomoniasis antes de la intervención educativa, y luego de la intervención él: 88.9%,

PREGUNTAS	PREINTERVENCIÓN	POSTINTERVENCIÓN	VALOR P
-----------	-----------------	------------------	---------

2.0%, 100%, 91.9%, 0.0%, 85.9% indican que estas enfermedades son curables; se obtuvo un valor de  $p < 0.05$ ; lo que nos demuestra que la intervención educativa si modifico el conocimiento acerca de que si son curables las ITS

### **Tabla N°3**

**Comparación de Conocimientos de 99 estudiantes antes y después de la intervención educativa sobre ITS-VIH/SIDA, en la Escuela de Derecho en el primer año de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca. 2009.**



	Frec.	%	Frec.	%	
<b>¿Qué ITS conoce?</b>					
Condiloma	4	4.0	68	68.7	0.0001
Herpes	55	55.6	86	86.9	0.0001
Sífilis	53	53.5	99	100	0.0001
SIDA	96	97.0	99	100	0.081
Gonorrea	54	54.5	99	100	0.0001
Trichomoniasis	8	8.1	77	77.8	0.0001
Clamidiasis	2	2.0	73	73.7	0.0001
Otras	9	9.1	47	47.5	0.0001
<b>¿Ud. Sabe como se transmiten las ITS?</b>					
Contacto sexual sin penetración	45	45.5	47	47.5	0.776
Contacto sexual con penetración	86	86.9	99	100	0.0001
Por una transfusión de sangre	89	89.9	99	100	0.001
De una madre infectada a su hijo por el embarazo, parto o lactancia	75	75.8	96	97.0	0.0001
A través del beso o el sudor	11	11.1	0	0.0	0.001
Otras	19	19.2	37	37.4	0.005
<b>¿Ud. Sabe como se manifiestan las ITS?</b>					
Dolor del vientre bajo	22	22.2	88	88.9	0.0001
Secreción por los genitales externos	73	73.7	99	100	0.0001
Verrugas en genitales externos	65	65.7	99	100	0.0001
Manchas en la piel	55	55.6	95	96.0	0.0001
Inflamación de los ganglios	33	33.3	71	71.7	0.0001
Otras	11	11.1	30	30.3	0.001
<b>¿Son curables estas ITS?</b>					
Sífilis	63	63.6	88	88.9	0.0001
Condiloma	43	43.4	2	2.0	0.0001
Blenorragia	65	65.7	99	100	0.0001
Clamidiasis	47	47.5	91	91.9	0.0001
SIDA	4	4.0	0	0.0	0.043
Tricomoniiasis	45	45.5	85	85.9	0.0001

**Fuente:** Base de datos

**Elaboración:** Autoras





## **Porcentajes de Actitudes en relación a ITS y VIH/SIDA (Tabla N°4)**

Recomendaciones del lugar que debería acudir un amigo si tuviera una ITS:

El 80,8%, 71,7%, de los estudiantes reconocieron: hospital, médico en la preintervención educativa; estos valores se modificaron en la posintervención al 91,9%, 85,9% respectivamente con un valor de  $p < 0,05$ . La intervención educativa logró descender el concepto erróneo de acudir a la farmacia y otro amigo del 20,2% y 25,3% al 4% y 1% respectivamente, en la postintervención ( $p < 0,05$ )

En la actitud del estudiante frente a un amigo que tuviera ITS se encontró: el 9,1%, 67,7%, 4%, 16,2% y 77,8% reconocieron que: se alejarían, ayudarían a curarse, dirían que aprendió hacer el amor, que es propio de la edad y sugerirían visitar a un médico, respectivamente, antes de la intervención educativa; el 0%, 67,7%, 0%, 0%, y 90.9% declararon estas actitudes luego de la intervención; se obtuvo un valor de  $p < 0,05$ , en todos los ítems, excepto en que le ayudaría a curarse, ya que no hubo modificación.



Sobre lo que aconsejaría el estudiante a un amigo para que no adquiriera una ITS: el 91,9%, 19,2%, 78,8%, 68,7%, 82,8% y 13,1% recomendaron: tener conocimientos sobre ITS, no tener relaciones sexuales, fidelidad a la pareja, escoger bien la pareja, usar condón en todas las relaciones sexuales y tener relaciones sexuales sin penetración, antes de la intervención educativa: y el 100%, 0%, 88,9%, 79,8%, 100% y 27,3%, luego de la intervención siendo todos estos ítems estadísticamente significativos; excepto en la fidelidad a la pareja. ( $p > 0,05$ ).

En cuanto a las sugerencias que el estudiante daría a un amigo, que tiene relaciones sexuales con desconocidos se encontró: El 91,9%, 56,6%, 77,8% y 47,5% de estudiantes sugirió: protegerse con preservativo, lavarse los genitales post relación sexual, consulta médica para orientación, no tener relaciones sexuales con desconocidos, respectivamente, antes de la intervención; el 100%, 70,7%, 85,7%, y 100% son los porcentajes que se obtuvieron luego de la intervención educativa ( $p > 0,05$ ).

**Tabla N°4**

**Comparación de Actitudes de 99 estudiantes antes y después de la intervención educativa sobre ITS-VIH/SIDA, en la Escuela de Derecho en el primer año de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca. 2009.**

ACTITUDES	PREINTERVENCIÓN		POSTINTERVENCIÓN		VALOR P
	Frec.	%	Frec.	%	
¿A un amigo con ITS a dónde le recomendaría acudir?					
Hospital	80	80.8	91	91.9	0.023
Medico	71	71.7	85	85.9	0.015
Farmacia	20	20.2	4	4.0	0.0001
Otro amigo	25	25.3	1	1.0	0.0001
Padres	69	69.7	72	72.7	0.638
Otros	11	11.1	17	17.2	0.221
Si un amigo tuviera una ITS. ¿Cuál sería su actitud?					
Alejaría	9	9.1	0	0	0.002
Ayudara a curarse	67	67.7	67	67.7	1.000
Diría que aprendió hacer el amor	4	4.0	0	0	0.043
Diría que es propio de la edad	16	16.2	0	0	0.001
Sugeriría visitar a médico familiar	77	77.8	90	90.9	0.011
¿Qué le aconsejaría a su amigo para no adquirir una ITS?					
Tener conocimientos sobre ITS	91	91.9	99	100	0.04
No tener relaciones sexuales	19	19.2	0	0	0.0001
Fidelidad a su pareja	78	78.8	88	88.9	0.054
Escoger bien la pareja	68	68.7	79	79.8	0.074
Usar condón en todas las relaciones sexuales	82	82.8	99	100	0.0001
Tener relaciones sin penetración	13	13.1	27	27.3	0.013
¿Qué sugerencia daría a un amigo que tiene relaciones sexuales con desconocidos o poco conocidos?					
Protegerse con el uso del condón	91	91.9	99	100	0.004
Lavarse los genitales después de concluida la relación sexual.	56	56.6	70	70.7	0.039
Visitar al médico buscando orientación.	77	77.8	84	85.7	0.150
No tener relaciones sexuales con desconocidos	47	47.5	99	100	0.0001

**Fuente:** Base de datos

**Elaboración:** Autoras



## Porcentajes de prácticas en relación a ITS y VIH/SIDA

El 50% de los estudiantes han tenido relaciones sexuales antes y después de la intervención educativa, sin obtener un cambio significativo. (Tabla N°5)

**Tabla N°5**

**Prácticas de 99 estudiantes antes y después de la intervención educativa sobre ITS-VIH/SIDA, en la Escuela de Derecho en el primer año de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca. 2009.**

PREINTERVENCIÓN		POSTINTERVENCIÓN		VALOR P
Frec.	%	Frec.	%	
59	50.0	59	50.0	0.023

**Fuente:** Base de datos

**Elaboración:** Autoras

### Rotación de parejas

En nuestro estudio encontramos que el número promedio de parejas sexuales es de  $1.16 \pm 0.8$  en la preintervención y de  $1.17 \pm 0.9$  en la postintervención ( $p > 0.05$ )



## **Comparación del Número de Parejas Sexuales**

El promedio y el desvío estándar del número de parejas sexuales antes de la intervención educativa fue de:  $1.16 \pm 0.8$ ; y después de la intervención estuvo entre:  $1.17 \pm 0.9$ ; con un valor de  $p > 0.05$  (Tabla N°6)

### **Tabla N°6**

**Comparación del Número de Parejas Sexuales de 99 estudiantes antes y después de la intervención educativa sobre ITS-VIH/SIDA, en la Escuela de Derecho en el primer año de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca. 2009.**

<b>PREINTERVENCIÓN</b>	<b>POSTINTERVENCIÓN</b>	<b>VALOR</b>
<b>X <math>\pm</math> DS</b>	<b>X <math>\pm</math> DS</b>	<b>P</b>
1.16 $\pm$ 0.8	1.17 $\pm$ 0.9	0.532

**Fuente:** Base de datos

**Elaboración:** Autoras



## **Interpretación de porcentajes de las Prácticas (Tabla N°7)**

El 57,6%, 18,6%, 5,1% y 1,7% de los estudiantes han tenido relaciones sexuales con una, dos, tres y hasta cuatro parejas sexuales respectivamente, durante los últimos 3 meses antes de la intervención; valores que se modificaron luego de la intervención al: 52,5%, 18,7%, 10,1%, 1,7% ; las personas que no tuvieron relaciones sexuales en los últimos tres meses representaron el 16,9% tanto en la preintervención como en la postintervención; se dio un incremento de 5,1% a 10,1% en los estudiantes que mantuvieron relaciones sexuales con 3 parejas, siendo este dato el único estadísticamente significativo. ( $p < 0.05$ )

Vemos claramente el riesgo que corren más del 30% de este grupo que tienen relaciones sexuales con más de una persona de contraer cualquiera de las ITS y VIH/SIDA.

Preferencias sexuales: el 5,1%, 93,2% y el 1,7% de los estudiantes antes de la intervención manifestaron haber tenido relaciones sexuales con: personas del mismo sexo, sexo contrario, ambos sexos, durante la preintervención sin modificarse en la post intervención.



Hábitos sexuales: el 55,9%, 33,9% y 96,6% de los estudiantes refirieron haber tenido: sexo oral, anal y genital respectivamente antes de la intervención, valores que se modificaron al 72,9%, 30,5% y 98,3%; cambios que no fueron estadísticamente significativos ( $p > 0.05$ ).

El 3,4% de los estudiantes entrevistados han padecido en algún momento de su vida una ITS.

El 45,8% de los estudiantes afirmaron conversar con su pareja sobre ITS antes de la intervención educativa, valor que ascendió a 86,4% luego de la intervención ( $p < 0,05$ )

El 59,3% de los estudiantes declararon haber mantenido relaciones sexuales en estado de embriaguez o bajo los efectos de sustancias afrodisiacas tanto en la pre como en la postintervención.

Uso de preservativo en relaciones habituales: el 28,8%, 54,2% y 16,9% de los estudiantes reconocieron haber utilizado: siempre, ocasionalmente y nunca, antes de la intervención, en la postintervención el 72,95, 25,4% y 1,7% refirieron usar el preservativo, valores que mejoraron significativamente. ( $p < 0,05$ )



Uso del preservativo en relaciones fortuitas: el 47,5%, 30,5% y 22,0% De los estudiantes afirmaron que: siempre ocasionalmente y nunca respectivamente, durante la preintervención; valores que mejoran significativamente llegando al 78% en el ítem de siempre y disminuyendo al 20,3% y 1,7% en los ítems ocasionalmente y nunca ( $p < 0,05$ ).

El 52,5% de los estudiantes refirieron haber tenido relaciones sexuales con personas desconocidas con valor que obedece tanto en la pre como en la postintervención.



**Tabla N°7**

**Comparación de Prácticas de 99 estudiantes antes y después de la intervención educativa sobre ITS-VIH/SIDA, en la Escuela de Derecho en el primer año de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca. 2009.**

PRÁCTICAS	PREINTERVENCIÓN		POSINTERVENCIÓN		VALOR P
	Frec.	%	Frec.	%	
¿Con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales en los últimos 3 meses?					
Con cero parejas	10	16.9	10	16.9	1.0
Con una pareja	34	57.6	31	52.5	0.888
Con dos parejas	11	18.6	11	18.7	1.0
Con tres parejas	3	5.1	6	10.1	0.044
Con cuatro parejas	1	1.7	1	1.7	1.0
Ha tenido durante su vida relaciones sexuales con:					
Personas del mismo sexo	3	5.1	3	5.1	1.0
Personas del sexo contrario	55	93.2	55	93.2	1.0
Personas de ambos sexos	1	1.7	1	1.7	1.0
¿Qué tipo de hábito sexual utiliza durante sus relaciones sexuales?					
Sexo oral	33	55.9	43	72.9	0.055
Sexo anal	20	33.9	18	30.5	0.694
Coito genital	57	96.6	58	98.3	0.559
¿Ha padecido de alguna ITS?	2	3.4	2	3.4	1.0
¿Conversa con su pareja sobre estas infecciones?	27	45.8	51	86.4	0.0001
¿Ha tenido relaciones sexuales en estado de embriaguez o bajo los efectos de sustancias afrodisíacas?	35	59.3	35	59.3	1.0
¿Utiliza condón en sus relaciones habituales con su pareja?					
Siempre	17	28.8	43	72.9	0.0001
Ocasionalmente	32	54.2	15	25.4	
Nunca	10	16.9	1	1.7	
¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales con personas desconocidas o poco conocidas?	31	52.5	31	52.5	1.0
¿Ha utilizado el condón en relaciones fortuitas?					
Siempre	28	47.5	46	78.0	0.0001
Ocasionalmente	18	30.5	12	20.3	
Nunca	13	22.0	1	1.7	

**Fuente:** Base de datos

**Elaboración:** Autoras



### **Comparación de Conocimientos (Tabla N°8):**

La valoración global de los conocimientos nos indica que el promedio de la preintervención va desde: 4.3 - 8.5 y su desvío estándar estuvo entre: 2.2 - 3.4: y el puntaje del promedio de la postintervención fue de 8.0 – 10.2 y su desvío estándar entre: 1.1 – 1.4.

Al realizar un análisis con el valor de P esto nos demuestra que la intervención educativa fue altamente significativa ( $P < 0,05$ ), en las preguntas correspondientes a valorar los conocimientos.

#### **Tabla N° 8**

**Comparación de Conocimientos de 99 estudiantes antes y después de la intervención educativa sobre ITS-VIH/SIDA, en la Escuela de Derecho en el primer año de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca. 2009**

CONOCIMIENTOS	PREINTERVENCIÓN N X ± DS	POSTINTERVENCIÓN X ± DS	VALOR P
¿Que ITS conoce?	4.8 ± 2.2	9.5 ± 1.2	0.0001
¿Usted sabe cómo se transmiten estas infecciones?	8.5 ± 2.6	10.2 ± 1.3	0.0001
¿Usted sabe cómo se manifiestan las ITS?	4.3 ± 2.5	8.0 ± 1.4	0.0001
¿Son curables estas infecciones?	5.1 ± 3.4	9.1 ± 1.1	0.0001



**Fuente:** Base de datos

**Elaboración:** Autoras

**Comparación de Actitudes (Tabla N°9):**

Al tener una valoración global de las actitudes el puntaje de los promedio de la preintervención fue entre: 6.3 - 6.8 y su desvió estándar de: 2.2 – 3.5; y el puntaje del promedio de la post intervención fue de 7.6 – 9.0 y el desvió estándar de: 1.1 – 2.2

Al analizar las actitudes de manera global nos indica que el valor de  $P < 0.05$  es estadísticamente significativo, es decir que la intervención educativa mejoró en forma positiva las actitudes.



**Comparación de Actitudes de 99 estudiantes antes y después de la intervención educativa sobre ITS-VIH/SIDA, en la Escuela de Derecho en el primer año de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca. 2009.**

ACTITUDES	PREINTERVENCIÓN X ± DS	POSTINTERVENCIÓN X ± DS	VALOR P
Si conociera un amigo (a) con una ITS. ¿A dónde le recomendaría acudir para recibir atención?	6.3 ± 2.7	7.6 ± 1.5	0.0001
Si un amigo (a) tuviera una ITS; ¿cuál sería su actitud?	6.7 ± 3.5	8.1 ± 2.2	0.020
¿Qué le aconsejaría a sus amigos para no adquirir una ITS?	6.5 ± 2.2	8.0 ± 1.4	0.0001
¿Qué sugerencia le daría a un amigo (a) que le comunica que tiene relaciones sexuales con desconocidos o poco conocidos?	6.8 ± 2.6	9.0 ± 1.1	0.0001

**Fuente:** Base de Datos

**Elaboración:** Autoras

**Tabla N°9**

**Comparación de Prácticas (Tabla N°10):**

La evaluación postintervención midió la confianza con la pareja para hablar de las ITS con respecto a ésta la intervención educativa no mejoro la confianza con la pareja; pero si mejoró la práctica del uso del profiláctico (preservativo) en relaciones fortuitas.

**Tabla N° 10**

**Comparación de Prácticas de 99 estudiantes antes y después de la intervención educativa sobre ITS-VIH/SIDA, en la Escuela de Derecho en el primer año de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca. 2009.**

PRÁCTICAS	PREINTERVENCIÓN X ± DS	POSTINTERVENCIÓN X ± DS	VALOR P
¿Con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales en los últimos 3 meses?	4.1 ± 2.4	4.4 ± 2.8	0.058
¿Ha tenido durante su vida relaciones sexuales?	4.3 ± 1.3	4.3 ± 1.3	1.000
¿Qué tipo de hábito sexual utiliza durante sus relaciones sexuales?	6.0 ± 2.6	6.2 ± 2.3	0.507
¿Ha padecido de alguna ITS?	0.3 ± 1.8	0.3 ± 1.8	1.000
¿Conversa con su pareja sobre estas infecciones?	5.4 ± 5.0	1.5 ± 3.6	0.0001*
¿Ha tenido relaciones sexuales en estado de embriaguez o bajo los efectos de sustancias afrodisiacas?	5.9 ± 4.9	5.9 ± 4.9	1.000
¿Utiliza condón un sus relaciones habituales con su pareja?	5.6 ± 1.3	4.5 ± 0.9	0.0001*
¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales con personas desconocidas o poco conocidas?	5.2 ± 5.0	5.2 ± 5.0	1.000
¿Ha utilizado el condón en relaciones fortuitas?	5.9 ± 2.3	4.5 ± 1.0	0.0001*

**Fuente:** Base de datos

**Elaboración:** Autoras



## **AUTOEFICACIA PARA PREVENIR EL SIDA**

### **Autoeficacia para prevenir el SIDA subescala A**

#### **(Tabla 11)**

Hubo aumento estadísticamente significativo en todos los ítems de la subescala A ( $p < 0.05$ ). El nivel de autoeficacia mejoró luego de la intervención educativa en la seguridad de decir no a tener relaciones sexuales bajo ciertas circunstancias como por ejemplo bajo presión; con uso de drogas y alcohol y otras.

**Tabla 11**

**Autoeficacia de 99 estudiantes de la Escuela de Derecho de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca medida por el nivel de mayor seguridad. Subescala A de preguntas sobre capacidad de decir ante la propuestas de relaciones sexuales, antes y después de la intervención. Cuenca 2009.**

<b>A. ¿QUÉ TAN SEGURO ESTÁS DE SER CAPAZ DE DECIR NO, CUANDO TE PROPONEN TENER RELACIONES SEXUALES?</b>	<b>PREINTERVENCIÓN N = 99 N (%)</b>	<b>POSTINTERVENCIÓN N = 99 N (%)</b>	<b>VALOR P</b>
1. Alguien conocido hace 30 días o menos	45 (45.5)	89 (89.9)	0.0001
2. Alguien cuya historia sexual es desconocida para ti	52 (52.5)	86 (86.9)	0.0001
3. Alguien cuya historia de drogas es desconocida para ti	57 (57.6)	86 (86.9)	0.0001
4. Alguien a quien has tratado con anterioridad?	39 (39.4)	69 (69.7)	0.0001
5. Alguien a quien deseas tratar de nuevo?	40 (40.4)	79 (79.8)	0.0001
6. Alguien con quien ya has tenido relaciones sexuales	33 (33.3)	72 (72.7)	0.0001
7. Alguien a quien necesitas que se enamore de ti	46 (46.5)	76 (76.8)	0.0001
8. Alguien que te presiona a tener relaciones sexuales	66 (66.7)	96 (97.0)	0.0001
9. Alguien con quien has estado bebiendo alcohol	47 (47.5)	71 (70.3)	0.0001
10. Alguien con quien has estado utilizando drogas	59 (59.6)	82 (82.8)	0.0001
11. Alguien y tu nivel de excitación sexual es muy alto	33 (33.3)	15 (15.2)	0.0001

**Fuente:** Base de datos

**Elaboración:** Autoras



## Autoeficacia para prevenir el SIDA subescala B (Tabla 12)

El incremento fue estadísticamente significativo en todos los ítems de la subescala B ( $p < 0.05$ ), por lo tanto la intervención educativa incremento el nivel de autoeficacia.

Los estudiantes respondieron tener mayor seguridad de preguntar al novio/novia sobre relaciones sexuales pasadas, uso de drogas y homosexualidad.

### Tabla 12

**Autoeficacia de 99 estudiantes de la Escuela de Derecho de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca medida por el nivel de mayor seguridad. Subescala B de preguntas sobre seguridad de decir no a las relaciones sexuales frente a diversas circunstancias, antes y después de la intervención. Cuenca 2009.**

B. ¿QUÉ TAN SEGURO ESTÁS DE SER CAPAZ DE:	PREINTERVENCIÓN N = 99 N (%)	POSTINTERVENCIÓN N = 99 N (%)	VALOR P
1. Preguntar a tu novio/a si se ha inyectado alguna droga?	63 (63.6)	98 (99.0)	0.0001
2. Discutir sobre la prevención del SIDA con tu novio/a	61 (61.6)	99 (100.0)	0.0001
3. Preguntar a tu novio/a sobre sus relaciones sexuales tenidas en el pasado?	49 (49.5)	78 (78.8)	0.0001
4. Preguntar a tu novio/a si ha tenido alguna experiencia homosexual?	48 (48.5)	62 (62.6)	0.0001

**Fuente:** Base de datos

**Elaboración:** Autoras





### **Autoeficacia par aprevenir el SIDA subescala C (Tabla 13):**

Los valores de la subescala C fueron estadísticamente significativo en todos los ítems ( $p < 0.05$ ), la intervención educativa incrementó la percepción del uso de profiláctico, fidelidad y la confianza con los padres.

**Tabla 13**

**Autoeficacia de 99 estudiantes de la Escuela de Derecho de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca medida por el nivel de mayor seguridad. Subescala C de preguntas sobre seguridad en el uso del preservativo, abstinencia sexual, fidelidad, confianza con los padres. Cuenca 2009.**

<b>C. ¿QUÉ TAN SEGURO ESTÁS DE SER CAPAZ DE....</b>	<b>PREINTERVENCIÓN N = 99 N (%)</b>	<b>POSTINTERVENCIÓN N = 99 N (%)</b>	<b>VALOR P</b>
1. Usar el condón cada vez que tengas relaciones sexuales?	65 (65.7)	99 (100.0)	0.0001
2. Usar correctamente el condón	76 (76.8)	99 (100.0)	0.0001
3. Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado bebiendo alcohol?	47 (47.5)	76 (76.8)	0.0001
4. Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado consumiendo o utilizado alguna droga?	46 (46.5)	77 (77.8)	0.0001
5. Insistir en el uso del condón durante el acto sexual incluso si tu novio/a prefiere no usarlo?	57 (57.6)	82 (82.8)	0.0001
6. Negarte a tener relaciones sexuales si tu pareja no acepta usar el condón?	55 (55.6)	81 (81.8)	0.0001
7. Contar siempre con el dinero suficiente para comprar condones?	66 (66.7)	66 (66.7)	0.0001
8. Acudir a la tienda a comprar condones?	63 (63.6)	81 (81.8)	0.0001
9. Acudir a la tienda a comprar condones hasta contraer matrimonio?	47 (47.5)	87 (87.9)	0.0001
10. Mantener relaciones sexuales con una sola persona para toda la vida?	39 (39.4)	44 (44.4)	0.0001
11. Platicar con tu papá sobre temas sexuales	34 (34.3)	54 (54.5)	0.0001
12. Platicar con tu mamá sobre temas sexuales	34 (34.3)	64 (64.6)	0.0001

**Fuente:** Base de datos

**Elaboración:** Autoras



## **5.6. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS**

En algunos resultados fue posible rechazar la hipótesis nula pero en otros no lo fue.

En síntesis se consiguió un significativo incremento en los conocimientos y en algunas actitudes, después de la intervención educativa, pero con relación a las prácticas éstas se modificaron muy poco u otras no lo hicieron (Gráfico 5).

## **CAPÍTULO VI**

### **6. DISCUSIÓN**

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH-SIDA son un problema de salud pública que requieren campañas constantes de prevención. La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca al ser parte de las líneas de investigación ha desarrollado múltiples acciones para promocionar la salud y de manera importante se enfoca en la prevención de enfermedades, formando parte de este campo está nuestra investigación referente a Evaluación y Modificación de los Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre ITS y VIH/SIDA.



Los resultados de nuestro estudio coincidió con datos obtenidos en diferentes estudios a nivel de países como: Colombia, Perú, Chile, Cuba y Nicaragua.

Los 99 estudiantes de la Escuela de Derecho estaban en capacidad de proporcionar información con un adecuado margen de confiabilidad.

La edad promedio de los estudiantes de la Escuela de Derecho fue de  $19,1 \pm 1,3$  años entre un mínimo de 17 años y un máximo de 22 años. En un estudio que fue realizado en Chile por Ruiz A. la edad promedio de los participantes fue de 19,6 años entre un rango de 16 a 38 y con una moda de 18 años (22). El promedio en nuestro grupo fue más bajo debido a la composición estudiantil de menor edad que caracterizó a algunas escuelas y facultades de la Universidad de Cuenca entre las que está la escuela de Derecho. El estudio de Vera L. realizado en Bucaramanga, en 458 jóvenes la edad promedio fue de  $18.2 \pm 2.2$  años e incluyó estudiantes de colegios y universidades (23)

Según el sexo de la población de nuestro estudio se observó que la mayoría correspondió al masculino en un



(63%) y en menor porcentaje al femenino (37%). En el estudio de Navarro E. el 46,4% correspondió al sexo femenino y el 53,6% al masculino (24).

Predominó el estado civil soltero con el 91,9%; mientras que en segundo lugar estuvo la unión libre con 5,1% y los casados con el 3% obtuvieron el tercer lugar.

El 92% de la población estudiada perteneció a la religión católica; el 8% a otras religiones entre éstas declararon ser evangélicos y testigos de Jehová. El estudio llevado a cabo en Chile por Vidal F, se encontró que el 46,5 % de los universitarios no profesaban ninguna religión y solamente el 20,2 % eran católicos (22). En estudios realizados en Nicaragua por Escobar M., en Perú por Velásquez A. y en Chile por Ruiz A. se encontraron católicos entre el 60% y 75% de los participantes (25, 26, 22). La no profesión de fe en los estudios de los países latinoamericanos no sobrepasó el 13% a excepción de Cuba en donde no hubo religión oficial y por tanto no es una variable incluida en el estudio (27).

En nuestro estudio la mayoría de la población perteneció en un 98% al sector urbano y en 2% al sector rural, a



diferencia del estudio que fue realizado por Freire. E en conscriptos de los cuarteles Dávalos y Portete en Cuenca-Ecuador se estimó que el 56,6% correspondió al sector rural y el 43,3%.al sector urbano. (28)

En nuestro estudio la población reconoció como ITS antes de la intervención a la Sífilis (53,5%), SIDA (97%) y Gonorrea (54,5%). El incremento que se obtuvo después de la intervención fue 46,5% para Sífilis, 3% para SIDA, 45,5% para Gonorrea ( $p<0.05$ ). Vera L. demostró que los jóvenes de 15 a 22 años reconocieron SIDA, gonorrea y sífilis como enfermedades de transmisión sexual en un 98%, 93% y 80% respectivamente (23). González F. demostró que los jóvenes de 14 a 25 años reconocieron el SIDA (51%), Sífilis (12,1%) y Gonorrea (9,6%) valores que demostraron poco conocimiento a diferencia de nuestra población. (29). Según datos de CEPAR en comparación con datos a nivel nacional y de otras provincias, en la provincia del Guayas existió un buen conocimiento relativo de las principales infecciones de transmisión sexual, en las mujeres en edad fértil; el 98% de todas las mujeres en edad fértil conocían o han oído hablar del VIH/SIDA, 86% de la gonorrea, 59 % de la sífilis. El conocimiento de las



mujeres de la ciudad de Guayaquil fue aún más alto: 98%, 90%, 64% en ese mismo orden (30).

En cuanto a conocimiento de Herpes se encontró un alto porcentaje antes de la intervención (55,6%), con un incremento de 31,3% en la postintervención y un total de 86,9% ( $p < 0.05$ ). En un estudio realizado en Colombia por González F. se encontró un conocimiento para herpes de 12.2% (29). Respecto al conocimiento de Condiloma antes de la intervención se encontró que el 4% conocían esta ITS, después de la intervención el incremento fue del 64,7% con un porcentaje total de 68,7%. Según Freire E. su grupo de estudio tuvo conocimiento de Condiloma en un 3.7% antes de la intervención y el estado de conocimiento se elevó a 81,1%.(28) Sobre Tricomoniasis y Clamidiasis antes de la intervención fue de 8% y 2% respectivamente, encontrándose un incremento del 69,8% para Tricomoniasis y 71,7% para Clamidiasis, con un porcentaje total de 77,8% y 73,7% respectivamente. Freire E. reconoció un incremento de conocimientos para Tricomoniasis en 62,6% y 65,9% para Clamidiasis, aproximándose a los resultados obtenidos en nuestros estudios. (28)



En relación, a las formas de transmisión de las ITS, se encontró que el 11% de los estudiantes tenían la idea errónea de transmisión por el beso o sudor, valor que disminuyó al 0 % luego de la intervención ( $p<0,05$ ). Freire E. encontró que el 37,5% de la población pensaba que el SIDA puede transmitirse por besos, ropa, platos, sanitarios y luego de la intervención disminuyó al 30% (28). Según datos de un estudio en Bucaramanga el 8% declaró que el VIH se transmite através de la saliva (23). El 89,9% de los estudiantes reconocieron las transfusiones sanguíneas como medio de transmisión de las ITS y VIH/SIDA, valores que se incrementaron en un 10,1% en la postintervención, con un total de 100% ( $p<0,05$ ). Vera L. identificó en un 99% a la sangre como medio de transmisión de la enfermedad (23). En nuestra población de estudio el 75,8% declaró conocer la transmisión de alguna ITS, de una madre infectada a su hijo por embarazo parto o lactancia, valor que luego de la intervención ascendió al 97% ( $p<0,05$ ). Según Freire E indicó un 73.5% conocer esta vía de transmisión en la preintervención cifra que ascendió al 97,9%, siendo estadísticamente significativo. (28)

En cuanto al conocimiento de signos y síntomas sobresalió las secreciones por los genitales externos (73,7%), verrugas (65,7%), manchas en la piel (55,6%) e inflamación





de ganglios (33,3%), después de la intervención se obtuvo un aumento al 100%, 100%, 96% y 71,7% respectivamente ( $p<0,05$ ). En un estudio que fue realizado en Lima en el año 2005 se encontró que los adolescentes reconocieron picazón en los genitales con el 34,5% y pus en el pene con el 36,1% (26).

Sobre el conocimiento de curación de las ITS se encontró que los estudiantes reconocieron a la sífilis en un 63,6%, blenorragia en un 65,7% y tricomoniasis en un 45,5%, en la postintervención estas cifras ascendieron al 88,9%, 100% y 85,95 respectivamente, siendo llamativo que el 43,4% erróneamente contestó que el condiloma era curable, cifra que en la postintervención tuvo un mejor resultado(2%); además el 4% de los estudiantes declararon que el SIDA es curable, valor que en la postintervención bajó a 0% ( $p<0,05$ ). En un estudio que fue realizado en cuarteles de Cuenca reveló tener un conocimiento de curación de sífilis de 46%, blenorragia 58,2%, tricomoniasis 10% y condiloma 25,3% y SIDA 4,7% valores que en la postintervención demostraron una elevación de conocimientos en 90,2%, 100%, 65%, 69,9% y 4,8% respectivamente.(28)

En actitudes donde se obtuvo un incremento significativo ( $p<0,05$ ), fue en las variables que trataban sobre la



recomendación a donde debe acudir un amigo si tuviera una ITS y recomendaciones a un amigo que mantiene relaciones con desconocidos y para no infectarse con una ITS (tabla 3).

En lo que respecta al ítem acudir a la farmacia, en nuestro estudio se observó un descenso de 16,2%, considerando el 20,2% antes de la intervención y 4% luego de la misma ( $p<0,05$ ), siendo de la misma forma significativa el descenso de acudir a otro amigo con un 24,3%. Fatjo encontró un cambio del 12% antes de la intervención educativa a 0,9% después de la misma, con una disminución del 8,7%.(30)

En cuanto a la actitud alejarse de un amigo que tiene una ITS hubo un descenso de 9,1% teniendo en cuenta que solo el 9,1% y 0% lo mencionaron antes y después de la intervención respectivamente ( $p<0,05$ ). Fatjo encontró valores desde el 98,3% hasta 0% antes y después de la intervención. (31) El 77,8% de los estudiantes sugirió visitar a un médico familiar valor que mejoró en la postintervención llegando a un 99,9% ( $p<0,05$ ). Freire E, en un estudio realizado publicó que el 71,4% antes y el 96,5% después de la intervención (28).



En cuanto a la recomendación para no adquirir una ITS, el 91,9% declaró que el tener conocimientos es la mejor forma para prevenir, en la postintervención se obtuvo el 100% ( $p < 0,05$ ). Así mismo el uso del condón antes de la intervención tuvo una respuesta favorable de un 82,8% valor que mejoró aún más en la postintervención llegando a un 100% ( $p < 0,05$ ). Curiosamente 19 estudiantes que constituyeron el 19,2% de la población declararon que una manera de prevenir las ITS es no tener relaciones sexuales, valor que en la postintervención desciende al 0% ( $p < 0,05$ ). En comparación con un estudio realizado en Lima en colegios refirieron que el 38,8% antes y 47,7% después como medida de prevención es aprender más sobre El 89,7% antes y el 96,7% después refirió el uso de condón como principal medida de prevención (26).

En nuestro estudio la media de la edad de inicio de las relaciones sexuales fue  $15,6 \pm 2,2$ ; en comparación con un estudio realizado en estudiantes universitarios en Chile 2005 tanto en varones como en mujeres estuvo entre 17–18 años. (22). Según Freire E en un estudio realizado la edad de inicio correspondió  $14,9 \pm 1,5$ . (28). Otro estudio realizado en Colombia por Vera reveló que la edad de inicio



fue de  $15,7 \pm 2$ ; concordando estos 3 estudios con nuestro trabajo (23).

Con la misma relevancia, es necesario analizar el número de compañeros sexuales como practica de riesgo. En nuestro estudio el número de compañeros sexuales tuvo un promedio de  $1,2 \pm 0,8$  en los últimos 3 meses antes de la intervención y un  $1,3 \pm 0,9$  en los últimos 3 meses antes de la postintervención. La variación del número de parejas en el período de 3 meses que no varió significativamente ( $p > 0,05$ ). En la investigación realizada por Freire demostró que la media de número de parejas sexuales en los últimos 12 meses fue de  $4,7 \pm 7$  correspondiendo en 3 meses una media de 1,17, no encontrando mayor diferencia entre conscriptos y estudiantes (28).

En nuestro estudio 2 de los estudiantes intervenidos revelaron que en algún momento de su vida haber padecido una ITS, siendo una población mínima representando el 3,4%; en comparación con el estudio realizado en los conscriptos de diferentes cuarteles de la ciudad de Cuenca se encontró que 6 personas de 186 han padecido de alguna ITS lo que corresponde al 4,1%(28).



En cuanto a las prácticas de alto riesgo, se reconoció que el 5,1% mantuvieron relaciones sexuales con personas del mismo sexo y el 1,7% con personas de ambos sexos; la mayoría mantuvo relaciones heterosexuales (93,2%), valores que no se modificaron en la postintervención ( $p>0,05$ ). En un estudio realizado en conscriptos de cuarteles de Cuenca se identificó que el 2% mantuvieron relaciones homosexuales en la preintervención y el 6.2% en la postintervención, además el 5,8% antes y el 9,7% después de la intervención declararon tener relaciones bisexuales, aumentando la práctica de riesgo, en dicho estudio (28).

En los hábitos sexuales el 55.9% afirmaron mantener sexo oral antes de la intervención, cifra que ascendió a 72,9% en la postintervención ( $p>0,05$ ). El 33% también afirmó mantener sexo anal cifra que disminuyó después de la intervención a un 30,5% ( $p>0,05$ ), El 96% de los estudiantes aseveró mantener relaciones sexuales por coito genital antes de la intervención, valor que ascendió a 98,3% ( $p>0,05$ ). En un estudio realizado en Bucaramanga el 24% afirmaron mantener relaciones anales y el 69% sexo oral, demostrando estos hábitos sexuales como frecuentes en esta ciudad de Colombia (23).



En cuanto a las prácticas sexuales se encontró un beneficio significativo en nuestro estudio en dos ítems: en el hecho de conversar con la pareja sobre ITS y en el uso más habitual del preservativo, tanto en las relaciones habituales y las fortuitas, pero a nivel general se pudo observar que las prácticas sexuales luego de la intervención educativa no tuvo un incremento significativo. En la tabla se describe un incremento del 45,8 a 86,4 en el hecho de conversar con la pareja ( $p < 0,05$ ); en cuanto al uso del condón en relaciones habituales, el uso consistente del condón tuvo un incremento de 28,8 al 72,9 ( $p < 0,05$ ); y en las relaciones fortuitas tuvo también un incremento de 47,5% al 78% ( $p < 0,05$ ). Freire E, en cuanto a las prácticas sexuales de los conscriptos encontró un incremento en la práctica de conversar con la pareja, manteniéndose algunas prácticas de riesgo, con una frecuencia similar en ambos grupos; los conscriptos que indican no uso del preservativo en las relaciones sexuales: refieren vergüenza, aunque descendió en el grupo intervenido la percepción de no saber utilizar el preservativo; en cuanto a tener relaciones sexuales con personas desconocidas no se obtuvo modificación al igual que la práctica de relaciones sexuales bajo el efecto de alcohol y otras sustancias.(28)



En el estudio realizado en Bucaramanga por Vera L. cuando se consultó sobre el uso del preservativo, el 13% de los entrevistados dijo no usarlo nunca, 44% dijo usarlo siempre en las relaciones con personas diferentes a la pareja sexual estable. Entre los que usaron condón cerca del 9% nunca lo utilizaron en toda relación sexual, 42% algunas veces y el 49% siempre. El 24% afirmó practicar relaciones anales y de ellos 20% utiliza condón siempre durante este tipo de práctica. Estos hallazgos confirman un bajo nivel de utilización del condón tanto en las relaciones anales como vaginales y orogenitales, especialmente en la práctica de relaciones sexuales con pareja estable, en las cuales la mayoría de los jóvenes considera que no es necesario su uso. (23).

La escala de Autoeficacia aplicada demostró que el grupo intervenido mejoró la percepción para las subescalas A, B, y C de la escala de autoeficacia de prevención del SIDA, con mayor nivel de seguridad para la percepción del uso del preservativo en cuanto a la confianza con los padres y fidelidad con la pareja; por lo tanto los estudiantes de la escuela de derecho demostraron una actitud positiva luego de la intervención educativa.



## **CAPÍTULO VII**

### **7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **7.1. Conclusiones**

- Podemos concluir que la intervención modificó los conocimientos sobre las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA, y en menor proporción las actitudes y las prácticas.
- Se obtuvo mayor intención en el uso del preservativo y en fidelidad sin embargo algunas prácticas negativas o de riesgo no se modificaron.
- La intervención, que se enfocó de manera especial en la adquisición de conocimientos para que sean los estudiantes los que sientan la necesidad de prevenir las ITS, VIH/SIDA, por lo que esta intervención les hizo reflexionar sobre los riesgos de contraer dichas enfermedades.
- La intervención educativa mejoró el nivel de autoeficacia.





## **7.2. Recomendaciones**

- Promover el beneficio del inicio de la vida sexual tardía, la monogamia y uso del preservativo.
- Integrar al currículo un módulo de salud sexual y reproductiva, que sea diseñado en forma conjunta por las escuelas de Medicina, Psicología, Sociología y comunicación social de la Universidad de Cuenca.

## **CAPÍTULO VIII**

### **8.1. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1. ONUSIDA (programa de las Naciones Unidas para combatir la enfermedad) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Disponible en: [http://www.eclac.org/mdg/obj\\_6story\\_es.html](http://www.eclac.org/mdg/obj_6story_es.html)
2. Programa Nacional del VIH SIDAMINISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL ECUADOR .2008 Disponible en: [www.msp.gov.ec](http://www.msp.gov.ec)
3. CIA World Factbook. Ecuador VIH/SIDA - tasa de incidencia en la población adulta Disponible en:



[http://www.indexmundi.com/es/ecuador/vih\\_sida\\_tasa\\_de\\_incidencia\\_en\\_la\\_poblacion\\_adulta.html](http://www.indexmundi.com/es/ecuador/vih_sida_tasa_de_incidencia_en_la_poblacion_adulta.html)

4. Onusida reconoce avances de América Latina en atención a pacientes de sida, Agosto 01, 2008, Disponible en:  
<http://www.eluniverso.com/2008/08/01/0001/14/A17455A16F7F418483ED41CBF8AFF470.html>
5. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la presentación del informe de 2007 de la Situación de la epidemia de sida
6. Gil de Arriba, Carmen . Viejos estigmas y nuevos riesgos epidemiológicos. Incidencia y prevalencia del VIH/SIDA a escala internacional. *Diez años de cambios en el Mundo, en la Geografía y en las Ciencias Sociales, 1999-2008. Actas del X Coloquio Internacional de Geocrítica, Universidad de Barcelona, 26-30 de mayo de 2008*  
<http://www.ub.es/geocrit/-xcol/130.htm>
7. Olazàbal Pacheco M, Miranda Díaz BT, Piña Rodríguez Y, Sánchez Villanueva F. Nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA en un grupo de riesgo. Rev. méd electrón[Seriada en línea] 2007; 29(1). Disponible en URL:  
<http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202007/vol1%202007/tema16.htm>



8. Autoeficacia en la negociación sexual: retos para la prevención de VIH/SIDA en mujeres puertorriqueñas. Patricia Noboa Ortega\*; Irma Serrano Universidad de Puerto Rico, Río Piedras.
9. Infecciones de transmisión sexual - Wikipedia, la enciclopedia libre. Prevalencias de ITS comúnmente reportadas entre las muchachas adolescentes sexualmente activas tanto con síntomas del tracto genital bajo como sin ellos, Disponible en: [wikipedia.org/wiki/Infecciones\\_de\\_transmisión\\_sexual](http://wikipedia.org/wiki/Infecciones_de_transmisión_sexual) - 72k. modificada por última vez el 02:36, 3 ene 2009.
10. Wilkinson D, Rutherford G. Intervenciones poblacionales para la reducción de infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por VIH (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, Issue . Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
11. Sociedad Española de Contracepción. SALUD REPRODUCTIVA CAPÍTULO 15. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y ADOLESCENCIA: GENERALIDADES Y PREVENCIÓN. JOAQUÍN GARCÍA CERVERA. EZEQUIEL F. PÉREZ CAMPOS. JORGE



ERPIÑÁCANO.

Disponible: [www.sec.es/area\\_cientifica/manuales\\_sec/salud\\_reproductiva/15%20Salud%20reproductiva%20e.pdf](http://www.sec.es/area_cientifica/manuales_sec/salud_reproductiva/15%20Salud%20reproductiva%20e.pdf)

12. La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, Issue . Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
13. Reporte periódico de avance en el ODM6 en América Latina y el Caribe, 2008 , Centro de noticias ONU Disponible en: <http://www.un.org/spanish/News/fullstorynews.asp?newsID=10963&criteria1=Latina%20&criteria2=sida>
14. SIDA según sexo y preferencia sexual. Diario El Mercurio. Cuenca, Ecuador, de Noviembre del 2009. Disponible en : [http://www.elmercurio.com.ec/web/titulares.php?seccion=xJoURMC&codigo=Uy8rTEmAwy&nuevo\\_mes=11&nuevo\\_ano=2007&dias=30&noticias=2007-11-30](http://www.elmercurio.com.ec/web/titulares.php?seccion=xJoURMC&codigo=Uy8rTEmAwy&nuevo_mes=11&nuevo_ano=2007&dias=30&noticias=2007-11-30)
15. El herpes genital, un mal sin cura. Diario El comercio. Guayaquil-Ecuador. 2009. Disponible en : [www.elcomercio.com/noticiaEC.asp?id\\_noticia=228661&id\\_seccion=8](http://www.elcomercio.com/noticiaEC.asp?id_noticia=228661&id_seccion=8) - 51k



16. Herpes genital es común en consulta privada 2008-02-04. diario El Mercurio. Cuenca, Ecuador Domingo, 4 de Enero del 2009. Disponible en :  
[http://www.elmercurio.com.ec/web/titulares.php?seccion=xJoURMC&codigo=l5VZJzMA2a&nuevo\\_mes=02&nuevo\\_ano=2008&dias=04&noticias=2008-02-04](http://www.elmercurio.com.ec/web/titulares.php?seccion=xJoURMC&codigo=l5VZJzMA2a&nuevo_mes=02&nuevo_ano=2008&dias=04&noticias=2008-02-04)
17. Epidemiología del Virus del Papiloma Humano. Carlos Muñoz Retana  
San José, Costa Rica. Actualizado Enero 2007.  
Disponible en: <http://www.geosalud.com/VPH/epivph.htm>
18. Virus del papiloma humano genital. Centros para el control y Prevención de enfermedades. 1600 Clifton Rd., Atlanta, GA 30333 U.S.A. Tel: (404) 639-3311 / Servicio de respuesta pública de los CDC: 1-888- 246-2857  
Disponible en: <http://www.cdc.gov/std/Spanish/STDFact-HPV-s.htm>
19. Sífilis. centros para el control y prevención de las enfermedades. departamento de control y servicios humanos. Disponible en:  
<http://www.cdc.gov/STD/Spanish/STDFact-Syphilis-s.htm>.
20. Incidencia de sífilis perinatal en el Hospital Cantonal de Yaruquí, 1999-2003. Revista Ecuatoriana de Pediatría. Dra. Mariel Acosta, Dra. Teresa Menéndez,



Dr. Carlos Posligua, Dra. Amparo Cevallos, Dra. Anita Navarrete. Vol. 4 No. 1, 2003. Disponible en: [http://www.pediatria.org.ec/index.php?option=com\\_content&task=view&id=56&Itemid=45](http://www.pediatria.org.ec/index.php?option=com_content&task=view&id=56&Itemid=45)

21. Clamidia - Hoja informativa de los CDC. Disponible en: <http://www.cdc.gov/std/Spanish/STDFact-Chlamydia-s.htm>
22. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en una población universitaria. Autoría: Ángela María Ruiz Sternberg, MD, Catalina Latorre Santos, MD, MSc, Johnny Beltrán Rodríguez, MD, Jaime Ruiz Sternberg, MD, Alberto Vélez van Meerbeke, MD, Universidad de Chile. Obtenido en: <http://www.cemera.cl/sogia/pdf/2005/XII3conocimientos.pdf>
23. Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo para adquirir infección por VIH en jóvenes de Bucaramanga. Autoría: Nahyr López, Ing. Sist., MBE., Lina María Vera, M.D., Luis Carlos Orozco, M.D. Epi. Obtenido en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/VOL32NO1/vih.html>.



24. Las creencias de autoeficacia docente del profesorado universitario. Leonor Prieto Navarro (2005). Disponible en: <http://www.emory.edu>
25. Escobar M. Conocimientos, actitudes y prácticas de VIH/SIDA en personal médico, enfermería y laboratorio, Hospital Alemán Nicaragüense, Enero 2009. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
26. Efecto de un CD multimedia en los Conocimientos, actitudes y prácticas sobre INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y VIH/SIDA en adolescentes de colegios de Lima Metropolitana. Autoría: Velásquez Aníbal. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal Sistema de Información Científica Redalyc Obtenido en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=37966307#>
27. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en jóvenes entre 14 y 25 años de edad de estratos 1 y 2 43. Perez Assef, Jorge JE Brunely Morales, Maikel. Intervención educativa sobre ETS en un grupo poblacional de riesgo. Rev Cubana Med Gen Integr. [online]. maio-jun. 2000, vol.16, no.3 [citado 23 Octubre 2007], p.260-264. Disponível na World



WideWeb:<[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864212520000003000008&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864212520000003000008&lng=pt&nrm=iso)>.

ISSN 0864-2125.

28. EVALUACIÓN Y MODIFICACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS CONSCRIPTOS DE LOS CUARTELES DÁVALOS Y PORTETE, FRENTE A LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y VIH/SIDA. Autoría: Dra. Freire S Eulalia.
29. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN JÓVENES ENTRE 14 Y 25 AÑOS DE EDAD DE ESTRATOS 1 Y 2 DEL SISBEN DE UN MUNICIPIO DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA. Autoria: GONZÁLEZ GONZÁLEZ FERNANDO G. UNIVERSIDAD CATÓLICA DE COLOMBIA 200. Obtenido en:[http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/acta/pdfs/n12/art\\_5\\_acta\\_12.pdf](http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/acta/pdfs/n12/art_5_acta_12.pdf)
30. Infecciones de transmisión sexual (ITS/VIH/SIDA) 2005.Disponible en:  
[http://www.cepar.org.ec/endemain\\_04/nuevo05/provincia/pdf/guayas/GUAYAS16.pdf](http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/provincia/pdf/guayas/GUAYAS16.pdf)
31. Fatjo A, Conocimientos, actitudes y prácticas sobre infecciones de transmisión sexual en una cohorte de





adolescentes. 2002 Disponible en:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext)

## 8.2. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. ONUSIDA, Informe sobre la epidemia mundial de sida, 2008. Disponible en la World Wide Web: [http://www.unaids.org/es/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008\\_Global\\_report.asp](http://www.unaids.org/es/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008_Global_report.asp)
2. Madrazo JM, Castellanos G, Huerta MT, Tarasco M, Marco J. Enfermedades de transmisión sexual y uso del condón para prevenirlas: percepción en estudiantes universitarios. Febrero. 2007. Disponible en: <http://www.asical.org/es/todo/ATT1124550279-1.pdf>
3. TORRES, Pilar, WALKER, Dilys M., GUTIERREZ, Juan Pablo et al. Estrategias novedosas de prevención de embarazo e ITS/VIH/sida entre adolescentes escolarizados mexicanos. Salud pública Méx. [online]. 2006, vol. 48, no. 4 [citado 2007-10-04], pp. 308-316. Disponible en la World Wide Web: [http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-](http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-)
4. Guías para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual. 2001 Disponible en la World Wide



Web:[http://www.who.int/reproductive-](http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/mngt_stis/guidelines_es.pdf)

[health/publications/es/mngt\\_stis/guidelines\\_es.pdf](http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/mngt_stis/guidelines_es.pdf)

5. VISCONTI, ANA. INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL. Arch. Gin. Obstet. [online]. 2005, vol.43, no.3 [citado 28 Septiembre 2007], p.107-107.

Disponible en la World Wide

Web:[http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S079708032005000300001&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S079708032005000300001&lng=es&nrm=iso)

6. GARCIA-SANCHEZ, Inés. Diferencias de género en el VIH/sida. Gac Sanit. [online]. [citado 2009-01-08], pp. 47-54. Disponible en:

<[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112004000500007&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000500007&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0213-9111.

7. Calle Ortiz, Mayel, Políticas públicas con enfoque de género para la prevención, control y cuidado de personas con VIH/SIDA Azuay 2005-2006. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas, Posgrado Maestría en Salud Pública, pag: 91

8. BUELA-CASAL, Gualberto, BERMUDEZ S, María Paz, SANCHEZ G, Ana I et al. Situación del VIH/SIDA en Latinoamérica al final del siglo XX: Análisis de las diferencias entre países. Rev. méd. Chile. [online]. ago. 2001, vol.129, no.8 [citado 08 Enero 2009], p.944-954.



Disponible en:

<[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872001000800015&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872001000800015&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0034-9887.

9. VASALLO MANTILLA, Celestino. SEXUALIDAD: SALUD SEXUAL. PREVENCIÓN DEL VIH-SIDA. Rev haban cienc méd , Ciudad de La Habana 2009 . Disponible en: <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2007000500014&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2007000500014&lng=es&nrm=iso)>. Acceso em: 08 Ene 2009.
10. Sífilis una revisión Actual. José Luis López-Hontangas y Juan Frasquet Artes. Servicio de Microbiología. Hospital La Fe. Valencia. Disponible en: [http://www.seimc.org/control/revi\\_Sero/sifilis.htm](http://www.seimc.org/control/revi_Sero/sifilis.htm)
11. Verrugas Genitales(Condiloma Acuminado) Centers for Disease Control and Prevention. Disponible en :[www.geosalud.com/VP/verrugas.htm](http://www.geosalud.com/VP/verrugas.htm) - 34k
12. Virus Papiloma. US Food And Drug Administration. 2006. Traducción de Yajaira Chung para GeoSalud. Disponible en :<http://www.fda.gov/womens/getthefacts/hpv.html>
13. Prevención Virus Papiloma Humano Agosto de 2004 Centro Nacional de Información Sobre la Salud de la Mujer. Disponible en:



[http://www.4woman.gov/Spanish/http://www.medspain.com/ant/n14\\_jul00/URO\\_IPVH.htm](http://www.4woman.gov/Spanish/http://www.medspain.com/ant/n14_jul00/URO_IPVH.htm) Copyright © 1.998, 1.999, 2.000 MEDSPAIN - All rights reserved

14. Departamento de Salud. Qué es la sífilis?. Disponible en:  
[http://www.health.state.ny.us/es/diseases/communicable/syphilis/fact\\_sheet.htm](http://www.health.state.ny.us/es/diseases/communicable/syphilis/fact_sheet.htm)
15. Chancroide (chancro blando). Departamento de Salud. Estado de Nueva York. Disponible en:  
[:http://www.health.state.ny.us/es/diseases/communicable/chancroid/fact\\_sheet.htm](http://www.health.state.ny.us/es/diseases/communicable/chancroid/fact_sheet.htm)
16. Chancro. Enciclopedia Medline Plus. Página actualizada 30/12/2008. Disponible en:  
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000635.htm>
17. Corey L, Wald A, Patel R et al. Once-daily valacyclovir to reduce the risk of transmission of genital herpes. New England Journal of Medicine 2004; 350:11-20.
18. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Genital Herpes Fact Sheet. Actualizado: 4 de enero de 2008, [www.cdc.gov/std/Herpes/STDFact-Herpes.htm](http://www.cdc.gov/std/Herpes/STDFact-Herpes.htm).
19. Gardella, C. y Brown, Z.A. Serologic Testing for Herpes Simplex Virus. Contemporary Ob/Gyn, octubre de 2007, págs. 54-58.



20. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Management of Gonorrhea in Pregnancy. ACOG Practice Bulletin, número 82, junio de 2007.
21. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines 2006. Morbidity and Mortality Weekly Report, volumen 55, RR-11, 4 de agosto de 2006.
22. Brown, Z.A., et al. Genital Herpes Complicating Pregnancy. Obstetrics and Gynecology, volumen 106, número 4, octubre de 2005, págs. 845-856.
23. Kimberlin, D.W., et al. Natural History of Neonatal Herpes Simplex Virus Infections in the Acyclovir Era. Pediatrics, volumen 108, número 2, agosto de 2001.
24. Herpes Genital, tutor médico. Modificado en enero del 2009 . disponible en:  
[http://www.tuotromedico.com/temas/herpes\\_genital.htm#2](http://www.tuotromedico.com/temas/herpes_genital.htm#2)
25. SIDA. Ecuador, Disponible en:  
[http://sidaecuador.com/distribucion\\_geo.html](http://sidaecuador.com/distribucion_geo.html)
26. Estadísticas de SIDA. Ecuador 2007. Disponible en:  
<http://www.avert.org/estadisticas-sida.htm>
27. ONUSIDA. 2003. Disponible en:  
[http://www.cinu.org.mx/temas/vih\\_sida/situacion.htm](http://www.cinu.org.mx/temas/vih_sida/situacion.htm). ONUSIDA



28. Itzel Rosas Gutiérrez. Martín Serrano Sánchez. Conocimiento acerca de las Enfermedades de Transmisión Sexual entre estudiantes y trabajadores de las Universidad de las Américas Puebla, México, Agosto 2007. Disponible en la World Wide Web:[http://www.infarmate.org/pdfs/julio\\_agosto07/ets.pdf](http://www.infarmate.org/pdfs/julio_agosto07/ets.pdf)
29. Arango Posada María Cristina. La prostitución universitaria “las prepagos”. Universidad pontificia bolivariana. Escuela de ciencias sociales. Facultad de psicología, Medellín, Colombia, 2006. Disponible en la World Wide Web:  
<http://eav.upb.edu.co/banco/files/TesisLasPrepagos.pdf>
30. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA; PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL Y PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA E ITS, SITUACION DE LA EPIDEMIA DE VIH/SIDA EN EL ECUADOR. PERIODO 2002-2008. Disponible en:  
[http://www.aebe.com.ec/data/files/noticias/Noticias2008/informe\\_dia\\_mundial\\_sida.pdf](http://www.aebe.com.ec/data/files/noticias/Noticias2008/informe_dia_mundial_sida.pdf)
31. AIDS & HIV information from AVERT.org, Africa, VIH y SIDA, Noviembre. 2008. Disponible en la World Wide Web: <http://www.avert.org/aidsimpact.htm>
32. Pautas para la vigilancia de las infecciones de transmisión sexual.



- Disponible en la World Wide Web:<http://www.ops.org.bo> –isi 12604.pdf
33. OMS/FNUAP. Las prioridades de salud sexual y reproductiva reciben un espaldarazo al más alto nivel. Comunicado de prensa. 2006. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr34/es/index.html>
34. Integración de servicios para las infecciones de transmisión sexual (ITS) en los programas de planificación familiar (PF)
- Disponible en la World Wide Web:<http://www.maqweb.org/spanish/present/its.pdf>
35. FHI. Preservación de la fertilidad. Network **2004, Volumen 23, Número 2** Disponible en la World Wide Web:[http://www.fhi.org/sp/RH/Pubs/Network/v23\\_2/index.htm](http://www.fhi.org/sp/RH/Pubs/Network/v23_2/index.htm)
36. OPS/OMS. Comunicado de prensa. Los condones protegen contra el cáncer del cuello uterino. Disponible en la World Wide Web:<http://salud.ops.org.bo/servicios/?DB=B&S11=10131&SE=SN>
37. Allen Betania, Cruz-Valdez Aurelio, Rivera-Rivera Leonor, Castro Roberto, Arana-García



- María Ernestina, Hernández-Avila Mauricio. Afecto, besos y condones: el ABC de las prácticas sexuales de las trabajadoras sexuales de la Ciudad de México. Salud pública Méx [periódico en la Internet]. [citado 2007 Oct 25]. Disponible en: [www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342003001100004&lng=es&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003001100004&lng=es&nrm=iso). doi: 10.1590/S0036-36342003001100004
38. ONUSIDA- 2007 - Situación de la Epidemia de Sida. 2007. Disponible en: [www.aaes.org.ar/Publica/ArticulosPublicaciones/ae\\_Onusida2007.pdf](http://www.aaes.org.ar/Publica/ArticulosPublicaciones/ae_Onusida2007.pdf)
39. AIDS & HIV information from AVERT.org, Mujeres, VIH y SIDA November 12, 2008. Disponible en: <http://www.avert.org/women.htm>
40. Guía de atención de las enfermedades de transmisión sexual. 2000 Disponible en: [www.medicosgeneralescolombianos.com/ETS.htm](http://www.medicosgeneralescolombianos.com/ETS.htm)
41. Nelson Alvis, Salim Mattar, Jair Garcia, Edwin Conde y Alberto Díaz Infecciones de Transmisión Sexual en un Grupo de Alto Riesgo de la Ciudad de Montería, Colombia. REVISTA DE SALUD PÚBLICA · Volumen 9





- (1), Marzo 2007. Disponible en:  
<http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v9n1/v9n1a10.pdf>
42. Víctor Sanjines. Infecciones de Transmisión Sexual, ITS-VIH/SIDA. Bolivia. Septiembre. 2008. Disponible en:  
[www.ops.org.bo/its-vih-sida/?TE=20040628161707](http://www.ops.org.bo/its-vih-sida/?TE=20040628161707)
43. Las Enfermedades Infecciosas, El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) / El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) Universidad de Virginia, January 22, 2007. Disponible en:  
[www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/peds\\_infectious\\_sp/aidshiv.cfm](http://www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/peds_infectious_sp/aidshiv.cfm)
44. Síntomas del VIH, Janssen-Cilag, última actualización: 2008. Disponible en:  
[www.janssencilag.es/bgdisplay.jhtml?itemname=hiv\\_symptoms&product=none](http://www.janssencilag.es/bgdisplay.jhtml?itemname=hiv_symptoms&product=none)
45. Luis Fransi Galiana, VIH SIDA, Fistera, 10/2008. Disponible en: [www.fistera.com/guias2/vih.asp](http://www.fistera.com/guias2/vih.asp)
46. Contreras Zaravia, Norma Roxana, Delgado Camacho, Arturo Uldarico, Iizarbe Castro, Víctor Oswaldo, Vábar Peña, Juan Carlos Sida: conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo de estudiantes preuniversitarios en la ciudad del Cusco. Abril - Agosto 97, Año V N° 10. Disponible en la World Wide



Web:[http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/situa/1997\\_n10/sida.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/situa/1997_n10/sida.htm)

47. Ortega Noboa Patricia, Serrano García Irma -. Autoeficacia en la negociación sexual: retos para la prevención de VIH/sida en mujeres puertorriqueñas. Revista Latinoamericana de Psicología 2006, volumen 38, No 1, 21-43
48. Disponible en la World Wide Web:<http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/rlp/v38n1/v38n1a02.pdf>
49. Fernández Costa Susana, Juárez Martínez Olga, Díez David Elia. Prevención del sida en la escuela secundaria: recopilación y valoración de programas. Rev. Esp. Salud Pública. [Periódico en la Internet]. 1999 Nov [citado 2007 Nov 06]; 73(6):Disponible en la World Wide Web:[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57271999000600004&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271999000600004&lng=es&nrm=iso).
50. José L. Rodríguez, Begona Gros, Cristina Martínez, María José Rubio. Un software multimedia para la prevención del SIDA en adolescentes. 1999. Disponible en la World Wide Web:  
<http://greav.net/portal/files/1999/SIDA.pdf>
51. Exposición Cuenca, Epidemiología VIH / SIDA Dr. Patricio Hernández Mandrique y Control de enfermedades Diplomado de VIH / SIDA.



52. VIH/sida en las universidades del Ecuador Revista capital, Universidad Central del Ecuador, Universidad Técnica de Ambato, Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí y Universidad Técnica de Esmeraldas Luís Vargas Torres. Autoría: Janett Miranda, Consultora para Universidades, Proyecto VIH-SIDA, PNUD- CIMUF  
*Obtenido en:* <http://www.revistacapital.com.ec/?p=148>



# ANEXOS



**ANEXO 1**  
**Formulario No 1**

**UNIVERSIDAD DE CUENCA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**ESCUELA DE MEDICINA**

***“EVALUACIÓN Y MODIFICACIÓN DE LOS  
CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS  
ESTUDIANTES DE PRIMER AÑO DE LA ESCUELA DE  
DERECHO DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA FRENTE  
A LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)  
Y VIH/SIDA”***

**CUENCA, 2009**

Estoy entrevistando en la ciudad de Cuenca para averiguar sobre las infecciones de transmisión sexual. Por favor solicito que conteste a las preguntas con toda sinceridad.

Confidencialidad: Las preguntas son completamente confidenciales, su honestidad en contestar estas preguntas nos ayudará a comprender sobre lo que las personas conocen, piensan y los diferentes tipos de comportamientos.

**SECCIÓN I****01 NUMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CUESTIONARIO** Fecha día  mes  año **FUENTE-ESCUELA:**Ciclo Común Filosofía ☐Ciencias de la Educación ☐Lengua, literatura y Lenguajes Audio Visuales ☐ Cultura Física ☐Historia y Geografía ☐Lengua y Literatura Inglesa ☐Lic. Ciencias Humanas Mención Gestión. Desarrollo Cultural ☐Lic Educación General Básica ☐Matemáticas y Física ☐Psicología Educativa ☐Derecho ☐

	Preintervención <input type="checkbox"/>	Posintervención <input type="checkbox"/>
<b>RESULTADO</b>		
Número	Preguntas	Categorías de codificación
<b>SECCIÓN II</b>		
P01	¿En que día, mes y en que año nació?	Día <input type="text"/> <input type="text"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
P02	¿Cuántos años tiene?	
P03	Genero	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
P04	Estado Civil	Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/>
P05	Religión	Católica <input type="checkbox"/> Evangélica <input type="checkbox"/>  T. de Jehova <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
P06	Residencia	Urbano <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>



SECCIÓN III		
P07	¿Qué infecciones de transmisión sexual conoce?	Condiloma 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Herpes 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Sifilis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> SIDA 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Gonorrea 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Tricomoniasis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Clamidiasis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Otras 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Señale cuales----- -----
P08	¿Usted sabe como se transmiten estas infecciones?	Contacto sexual sin penetración 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Contacto sexual con penetración 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Por una transfusión de sangre 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> De una madre infectada a su hijo por el embarazo, parto o lactancia 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> A través del beso o el sudor 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Otras 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P09	¿Usted sabe como se manifiestan las infecciones de transmisión sexual?	Dolor el vientre bajo 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Secreción por los genitales externos 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Verrugas en genitales externos 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Manchas en la piel 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Inflamación de Los ganglios 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Otras 1. Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>



P10	Son curables estas infecciones?	Sífilis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Condiloma 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Blenorragia o Gonorrea 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Clamidiasis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> SIDA 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Tricomoniasis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P11	Si conociera a un amigo o (a) con una ITS. ¿A donde le recomendaría acudir para recibir atención?	A un hospital cercano 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>  A su médico de familia 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> A una farmacia 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> A otro amigo o (a) para que le sugiera tratamiento 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Conversar con sus padres 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Otras 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Cuales _____
P12	Si un amigo o (a) tuviera una ITS; ¿Cuál sería su actitud?	Me alejaría de el o ella 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Le ayudaría a curarse 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Le diría que aprendió a hacer el amor 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Que es propio de la edad 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Le sugeriría visitar a su médico de familia 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P13	¿Qué le aconsejaría a sus amigo para no infectarse con una ITS?	Tener conocimientos sobre las infecciones 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> No tener relaciones sexuales 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Fidelidad a su pareja 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Escoger bien la pareja 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Usar condón en todas las relaciones sexuales 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Tener relaciones sin penetración 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>





P14	¿Qué sugerencia le daría a un amigo o (a) que le comunica tiene relaciones sexuales con desconocidos o poco conocidos?	Protegerse con el uso del condón 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Lavarse los genitales después de concluida la relación sexual 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Visitar al médico buscando orientación 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> No tener relaciones sexuales con desconocidos 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P15	¿Ha tenido relaciones sexuales?	1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P16	¿A que edad inició su vida sexual?	<input type="text"/> <input type="text"/> Años
P17	¿Con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales en los últimos 3 meses?	<input type="text"/> <input type="text"/> Personas
P18	Ha tenido durante su vida relaciones sexuales con:	Personas del mismo sexo 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Personas del sexo contrario 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Personas de ambos sexos 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>



P19	¿Qué tipo de hábito sexual utiliza durante sus relaciones sexuales?	Sexo oral 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Sexo anal 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Coito genital 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P20	¿Ha padecido de alguna ITS?	1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Mencione cual o cuales _____
P21	¿Conversa con su pareja sobre estas infecciones?	1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P22	¿Ha tenido relaciones sexuales en estado de embriaguez o bajo los efectos de sustancias afrodisíacas?	1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P23	¿Utiliza condón en sus relaciones habituales con su pareja?	1. Siempre <input type="checkbox"/> 2. Ocasionalmente <input type="checkbox"/> 3. Nunca <input type="checkbox"/>
P24	Si no lo ha utilizado. ¿Por qué?	Disminuye la sensibilidad 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> No se utilizarlo 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Me da pena negociarlo con mi pareja 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Siento vergüenza al adquirirlo en la farmacia 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>



		Considero que mi pareja es estable 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P25	¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales con personas desconocidas o poco conocidas?	1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P26	¿Ha utilizado el condón en relaciones fortuitas?	1. Siempre <input type="checkbox"/> 2. Ocasionalmente <input type="checkbox"/> 3. Nunca <input type="checkbox"/>

## SECCIÓN II:

### ESCALA DE AUTOEFICACIA PARA PREVENIR EL SIDA, DE 27 ELEMENTOS, SEA-27

A continuación se presentan una serie de preguntas en las cuales vas a encerrar en un círculo según el grado de seguridad que creas tener.

	Nada seguro	Algo seguro	Medio seguro	Muy seguro	Totalmente seguro
<b>A) ¿Qué tan seguro está de ser capaz de decir No, cuando le propone tener relaciones sexuales?</b>					
<b>1. Alguien conocido hace 30 días o menos?</b>	1	1	1	1	1
<b>2. Alguien cuya historia sexual es desconocida para usted?</b>	2	2	2	2	2
<b>3. Alguien cuya historia de drogas es desconocida para usted?</b>	3	3	3	3	3
<b>4. Alguien a quien ha tratado con anterioridad?</b>	4	4	4	4	4
<b>5. Alguien a quien desea tratar de nuevo?</b>	5	5	5	5	5
<b>6. Alguien con quien ya ha tenido relaciones sexuales?</b>	6	6	6	6	6
<b>7. Alguien a quien necesita que se enamore de usted?</b>	7	7	7	7	7
<b>8. Alguien que le presione a tener relaciones sexuales?</b>	8	8	8	8	8
<b>9. Alguien con quien ha estado bebiendo alcohol?</b>	9	9	9	9	9
<b>10. Alguien con quien ha estado utilizando drogas?</b>	10	10	10	10	10



11. Alguien a pesar de que su nivel de excitación sexual es muy alto?	11	11	11	11	11
-----------------------------------------------------------------------	----	----	----	----	----

	Nada seguro	Algo seguro	Medio seguro	Muy seguro	Totalmente seguro
<b>B) ¿Qué tan seguro está de ser capaz de....</b>					
<b>1. Preguntar a su novio/a si se ha inyectado alguna droga?</b>	1	1	1	1	1
<b>2. Discutir sobre la prevención del SIDA con su novio/a?</b>	2	2	2	2	2
<b>3. Preguntar a su novio/a sobre sus relaciones sexuales tenidas en el pasado?</b>	3	3	3	3	3
<b>4. Preguntar a su novio/a si ha tenido alguna experiencia homosexual?</b>	4	4	4	4	4

	Nada seguro	Algo seguro	Medio seguro	Muy seguro	Totalmente seguro
<b>C) ¿Qué tan seguro está de ser capaz de....</b>					
<b>1. Usar el condón cada vez que tenga relaciones sexuales?</b>	1	1	1	1	1
<b>2. Usar correctamente el condón</b>	2	2	2	2	2



<b>3. Usar el condón durante el acto sexual después de que ha estado bebiendo alcohol?</b>	3	3	3	3	3
<b>4. Usar el condón durante el acto sexual después de que ha estado consumiendo o utilizado alguna droga?</b>	4	4	4	4	4
<b>5. Insistir en el uso del condón durante el acto sexual incluso si su novio/a prefiere no usarlo?</b>	5	5	5	5	5
<b>6. Negarse a tener relaciones sexuales si su pareja no acepta usar el condón?</b>	6	6	6	6	6
<b>7. Contar siempre con el dinero suficiente para comprar condones?</b>	7	7	7	7	7
<b>8. Acudir a la tienda a comprar condones?</b>	8	8	8	8	8
<b>9. Acudir a la tienda a comprar condones hasta contraer matrimonio?</b>	9	9	9	9	9
<b>10. Mantener relaciones sexuales con una sola persona para toda la vida?</b>	10	10	10	10	10
<b>11. Platicar con su papá sobre temas sexuales</b>	11	11	11	11	11
<b>12. Platicar con su mamá sobre temas sexuales</b>	12	12	12	12	12

	<b>Nada seguro</b>	<b>Algo seguro</b>	<b>Medio seguro</b>	<b>Muy seguro</b>	<b>Totalmente seguro</b>
<b>C) ¿Qué tan seguro está de ser capaz de....</b>					
<b>1. Usar el condón cada vez que tenga relaciones sexuales?</b>	1	1	1	1	1
<b>2. Usar correctamente el condón</b>	2	2	2	2	2
<b>3. Usar el condón durante el acto sexual después de que ha estado bebiendo alcohol?</b>	3	3	3	3	3
<b>4. Usar el condón durante el acto sexual después de que ha estado consumiendo o utilizado alguna droga?</b>	4	4	4	4	4
<b>5. Insistir en el uso del condón durante el acto sexual incluso si su novio/a prefiere no usarlo?</b>	5	5	5	5	5
<b>6. Negarse a tener relaciones sexuales si su pareja no acepta usar el condón?</b>	6	6	6	6	6
<b>7. Contar siempre con el dinero suficiente para comprar condones?</b>	7	7	7	7	7
<b>8. Acudir a la tienda a comprar condones?</b>	8	8	8	8	8
<b>9. Acudir a la tienda a comprar condones hasta contraer matrimonio?</b>	9	9	9	9	9
<b>10. Mantener relaciones sexuales con una sola persona para toda la vida?</b>	10	10	10	10	10
<b>11. Platicar con su papá sobre temas sexuales</b>	11	11	11	11	11
<b>12. Platicar con su mamá sobre temas sexuales</b>	12	12	12	12	12

## **ANEXO 2**

### **Clave de calificación:**

#### **Conocimientos**

Pregunta 07 (puntuación final para la pregunta entre 11 y 10)

Conocimiento de las ITSs

Si reconoce:



Sífilis: 2 puntos

Gonorrea: 2 puntos

SIDA: 2 puntos

Condiloma: 1 punto

Trichomona: 1 punto

Clamidia: 1 punto

Herpes: 1

Otras relacionadas: 1 punto

Pregunta 08. Puntuación final 12 y -2

Conocimiento de las vías de transmisión de las ITSs

Si reconoce:

Contacto con penetración: 3 puntos

Materna: 3 puntos

Transfusión: 3 puntos

Otra con relación: 1 punto

Si reconoce:

Beso, sudor: -2 puntos

Contacto sexual sin penetración: 2 puntos

Pregunta 09. Puntuación final 10 y -2

Conocimiento de los síntomas y signos de las ITS

Si reconoce:

Secreción: 2 puntos

Dolor: 2 puntos

Verrugas: 2 puntos





Inflamación: 1 punto

Manchas: 1 punto

Otras relacionadas: 2 puntos

Otras no relacionadas: -2 puntos

Pregunta 10. Puntuación final entre 10 y -3

Conocimiento sobre curación de las ITS

Si reconoce:

Sífilis: 3 puntos

Trichomona: 2 puntos

Blenorragia: 3 puntos

Clamidia: 2 puntos

SIDA: -2 puntos

Condiloma: -1 punto

## **Actitudes**

Pregunta 11. Puntuación final entre 10 y menos 3

Recomendación a donde debe acudir un amigo(a) que padece una ITS

Si reconoce:

Médico Familia: 3 puntos

Hospital: 3 puntos

Conversar padres: 3 puntos

Otros relacionados: 1 punto

Si reconoce:



Farmacia: -1 punto

Otro amigo: -1 punto

Otros no relacionados: -1 punto

Pregunta 12. Puntuación final por pregunta de 10 y menos  
6

Actitud ante un amigo con una ITS

Si reconoce:

Acudir a médico de familia: 6 puntos

Ayudar a curarse: 4 puntos

Aleja: -2 puntos

Aprender a hacer el amor: -2 puntos

Propio de la edad: -2 puntos

Pregunta 13. Puntuación final entre 10 y menos 1 punto

Recomendación a un amigos para no infectarse con una  
ITS

Si reconoce:

Uso del condón: 3 puntos

Fidelidad a la pareja: 3 puntos

Contacto sin penetración: 2 puntos

Conocimiento: 1 punto

Escoger bien: 1 punto

No relación: -1 punto

Pregunta 14. Puntuación final entre 10 y cero



Recomendaciones a un amigo(a) que mantiene relaciones con desconocidos

Si reconoce:

Protegerse condón: 3 puntos

No relación con desconocidos: 3 puntos

Lavarse genitales: 2 puntos

Visitar al médico: 2 puntos

### **Prácticas**

#### Pregunta 15

No se evalúa.

#### Pregunta 16

No se evalúa

#### Pregunta 17. Puntuación final entre 10 y 4

Relaciones sexuales en los últimos 12 meses: número de parejas

1 persona: 4 puntos

2 personas: 6 puntos

Más de 2 personas: 10 puntos

#### Pregunta 18. Puntuación final entre 10 puntos y 4

Relaciones heterosexuales, bisexuales, homosexuales

Personas del sexo contrario: 4 puntos

Personas de ambos sexos: 6 puntos

Personas del mismo sexo: 10 puntos



Pregunta 19. Puntuación final entre 10 y uno

Tipo de práctica sexual

Anal: 5 puntos

Genital: 4 puntos

Sexo oral: 1 puntos

Pregunta 20. Puntuación final entre 10 y cero puntos

Padecimiento de ITS

No: 0 puntos

Si: 10 puntos

Pregunta 21. Puntuación final entre 10 y cero

Conversar con la pareja sobre ITS

Si: 0 puntos

No: 10 puntos

Pregunta 22. Puntuación final entre 10 y cero

Relaciones sexuales bajo el efecto de alcohol u otras sustancias

No: 0 puntos

Si: 10 puntos

Pregunta 23: puntuación final entre 8 y 4 puntos

Uso del preservativo

Si siempre: 4 puntos

Si ocasionalmente: 6 puntos

Si nunca: 8 puntos

Pregunta 25.



Relaciones sexuales con desconocidos

No: 0 puntos puntuación final entre 10 puntos y cero puntos

Si: 10 puntos

Pregunta 26. Puntuación final entre 10 y 4 puntos

Uso del preservativo en relaciones sexuales con desconocidos

Siempre: 4 puntos

Ocasionalmente: 6 puntos

Nunca: 10 puntos

### **ANEXO 3**

### **DE LA INTERVENCIÓN**

### **Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).**

#### **Objetivos.**

- Aportar conocimientos básicos en materia de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)
- Aprender a reconocer los primeros síntomas de estas infecciones.
- Concienciar de la necesidad de buscar siempre ayuda médica cuando aparezcan los primeros síntomas.
- Fomentar el uso correcto del preservativo.

Impartir valores.



## **1. Conferencia en Power point sobre las ITS: duración 2 horas**

1.1 Sexualidad Sana. Valores humanos.

1.2 Anatomía

1.3 Infecciones de Transmisión sexual

1.4 Uso correcto del preservativo

## **2. Actividades.**

Actividad 1: Errores que se cometen.

### **Objetivo**

Detectar las conductas inadecuadas que se dan durante las relaciones sexuales en una historia supuesta.

### **Método**

Análisis de una historia en grupo de 10 personas, durante seis minutos, se describen las conductas inadecuadas que realizan los protagonistas de la historia para, posteriormente, hacer una puesta en común.

### **Procedimiento**

Un portavoz de cada grupo narra la historia:

*Juan, Pedro y María, acuden a la cruz roja, a donar sangre. Al cabo de unos días, María recibe una llamada, para comunicarle que tiene en la sangre una*



*infección de transmisión sexual y le recomiendan que acuda a su centro de salud para estudio.*

*Una vez en la consulta, el médico le pregunta si ha notado alguna molestia en sus genitales, y si ha tenido alguna relación sexual en la que no ha usado el preservativo. Es entonces, cuando María recuerda que hace unos meses mantuvo una relación sexual con un antiguo novio sin preservativo, que coincidió con ella en una fiesta de la universidad, y un mes más tarde notó que tenía una pequeña herida en los labios mayores, a la que no le dio importancia porque no le dolía y desapareció sola. Posteriormente, ha iniciado una relación estable y como protección usa píldoras anticonceptivas.*

*El médico, le confirma que tiene una infección de transmisión sexual y le pone el tratamiento. Le recomienda que le diga a su novio y a su amigo, que acudan a su médico, para examinarlos a ellos también.*

*María, no le comenta nada ni a su novio, ni a su amigo, y ella tampoco acude al control de curación.*

**Las conductas inadecuadas serían:** tener relaciones sexuales con penetración sin preservativo, no dar importancia a una herida en genitales, iniciar una



relación después de una práctica de riesgo y no utilizar preservativo, utilizar las píldoras anticonceptivas como un método de protección, no comunicar a su novio y a su amigo que acudan a su médico y no ir ella al control de curación.

### **Materiales**

Fotocopias de la historia

1hora

### **Actividad 2: Mi responsabilidad, tu responsabilidad, nuestra responsabilidad.**

### **Objetivo**

Atribuir responsabilidades a cada uno de los protagonistas de la historia.

### **Método**

Análisis de la historia.

### **Procedimiento:**

Un portavoz del grupo narra la historia para posteriormente, en una escala del 1 al 3, valorar el grado de responsabilidad que ha tenido cada uno de sus protagonistas.





*Carolina y Javi estaban enamorados. Nunca habían tenido relaciones sexuales completas entre ellos ni con ninguna otra persona. Se divertían mucho juntos y se lo estaban tomando con calma. En verano, Carolina decidió irse a trabajar a otra ciudad. Planearon escribirse, hablar por teléfono y continuar con su relación Carolina conoció a Dani, un chico atractivo y con mucha experiencia que consideraba que el sexo, en una relación, es prioritario. Carolina no lo tenía muy claro pero al final tuvieron relaciones con penetración. A pesar de su insistencia en que utilizaran preservativos, la mayoría de las veces Dani no los tenía a mano. . Su historia duró todo el verano. Pero cuando estaban terminando las vacaciones Dani le dijo que era el final. Tenía otros planes de vuelta al colegio.*

*Carolina volvió a casa confusa, se sentía culpable e incapaz de contar a Javi su veraniega historia. Pasados unos días Dani la llamó para decirle que tenía verrugas en el pene y que era importante que visitara a su médico. Se asustó mucho y espero unas semanas, durante las cuales se exploraba obsesivamente. No ocurrió nada y pensó que afortunadamente no se había contagiado.*



*Mientras, había reiniciado su relación con Javi. Decidieron que era el momento de tener relaciones coitales. Carolina insistió mucho en que debían utilizar preservativo, a lo que Javi se negó, argumentando que los preservativos eran para gente con múltiples relaciones y que ese no era su caso. Además Carolina utilizaba anticonceptivos orales por trastornos de la regla, así que estaba garantizado que no se quedaría embarazada.*

*Intentó hablar con su madre. Le dijo que una compañera suya podría tener una infección de transmisión sexual. Su madre, antes de que terminara, ya estaba descalificando a su compañera sugiriendo que eso le ocurría por tener relaciones con uno y con otro. Carolina no insistió.*

*Lo comentó con dos de sus mejores amigas pero a pesar de querer ayudarla desconocían cómo.*

*Esperó a que su profesor abordara el tema en unas clases programadas para tratar sobre infecciones de transmisión sexual, pero no parecía muy cómodo hablando de sexo y era de la opinión de que esos temas debían tratarse en casa, ya que si los exponía él podría tener problemas y se le podría achacar que inducía a sus alumnos a tener relaciones sexuales.*



### Grado de responsabilidad:

1 ninguna responsabilidad

2 algo de responsabilidad

3 mucha responsabilidad

Carolina----- 1 2 3

Dani----- 1 2 3

Javi----- 1 2 3

Madre----- 1 2 3

Amigas----- 1 2 3

Profesor----- 1 2 3

### Materiales

Fotocopias de la historia.

### Pasos para el uso correcto del preservativo

*“Te pueden decir que es incómodo, que quita placer, que corta la relación y otras cosas por el estilo pero hoy en día, los preservativos están hechos de un material muy fino y suave... que apenas se notan”*

1. adquiere preservativos de calidad que estén

**homologados.**

2. comprueba siempre la **fecha de caducidad.**

3. **protégelos** del sol, el calor y la humedad porque se pueden deteriorar.

4. **abre la envoltura con cuidado**, asegúrate de no romper el preservativo. ¡Cuidado con uñas, dientes y anillos!



5. coloca el preservativo **antes de cualquier contacto genital** con o sin penetración y recuerda que también con el sexo oral debes protegerte ¡ah! Si utilizas lubricantes procura que sea de base de agua, nunca grasos ya que pueden romper el preservativo.

6. sin soltar la punta del preservativo desenróllalo a lo largo hasta que cubra la totalidad del pene.

7. después de la eyaculación y **antes de que el pene pierda su erección**, retíralo sujetando el preservativo por la base.

8. después de quitarte el preservativo, hazle un nudo y **tíralo a la basura**

9. usa un preservativo nuevo en cada relación sexual

10. no esperes a última hora. Ten siempre un preservativo a mano. Los puedes comprar en farmacias o supermercados.

1hora

Sociodrama: 1 hora

TOTAL INTERVENCIÓN: 6 horas



## **ANEXO 4**

### **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN "EVALUACIÓN Y MODIFICACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DERECHO EN EL PRIMER AÑO, FRENTE A LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VIH/SIDA"**

Cuenca, a \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ del 2009

Sr:

Nos proponemos realizar una investigación sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS), la misma que es importante para poder conocer lo que saben los jóvenes sobre estas infecciones y así poder prevenirlas para proteger a la comunidad. Esta investigación no conlleva ningún riesgo para la salud física y mental ni tiene costo alguno.

Su participación es voluntaria y podrá retirarse del estudio si así lo creyera conveniente.

El estudio consiste en asistir a reuniones y conferencias en número de seis con una duración de una hora cada una y contestar un cuestionario por dos ocasiones. La información es estrictamente confidencial y será conocida únicamente por los investigadores.



Por medio de la presente acepto participar en el estudio.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

Asistir a las conferencias y reuniones que en total serán seis con una duración de una hora cada una. Además contestaré dos cuestionarios de preguntas.

Declaro que se me ha informado sobre beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

- Conocer qué saben los jóvenes sobre las infecciones de transmisión sexual
- Mejorar las estrategias educativas en prevención de las infecciones de transmisión sexual
- Facilitarme los conocimientos.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del  
Entrevistado

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de los  
investigadores



## **ANEXO 5**

### **FOTO N° 1**

Estudiantes de primer año de la Escuela de Derecho de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca. 2009



### **FOTO N°2**

Estudiantes de primer año de la Escuela de Derecho de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca. 2009, realizando la encuesta de la preintervención.







### **FOTO N° 3**

Estudiantes de primer año de la Escuela de Derecho de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca. 2009, recibiendo la intervención educativa, mediante material audio-visual.



### **FOTO N° 4**

Estudiantes de primer año de la Escuela de Derecho de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca. 2009, recibiendo la intervención educativa, mediante material audio-visual.





**FOTO N° 5**

Material didáctico; preservativos de látex, trípticos informativos sobre: VIH/SIDA, ITS, VHP y Técnicas para la correcta colocación del preservativo, los mismos que fueron donados por “APROFE”.

**FOTO N° 6**

Estudiantes de primer año de la Escuela de Derecho de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca. 2009, recibiendo la intervención educativa, mediante material didáctico.





### **FOTO N° 7**

Estudiantes de primer año de la Escuela de Derecho de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca. 2009, recibiendo la intervención educativa, mediante material didáctico.



### **FOTO N° 8**

Estudiantes de primer año de la Escuela de Derecho de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca. 2009, recibiendo la intervención educativa, mediante material didáctico.







### FOTO N° 9

Estudiantes de primer año de la Escuela de Derecho de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca. 2009, recibiendo la intervención educativa, mediante material didáctico.



### FOTO N° 10

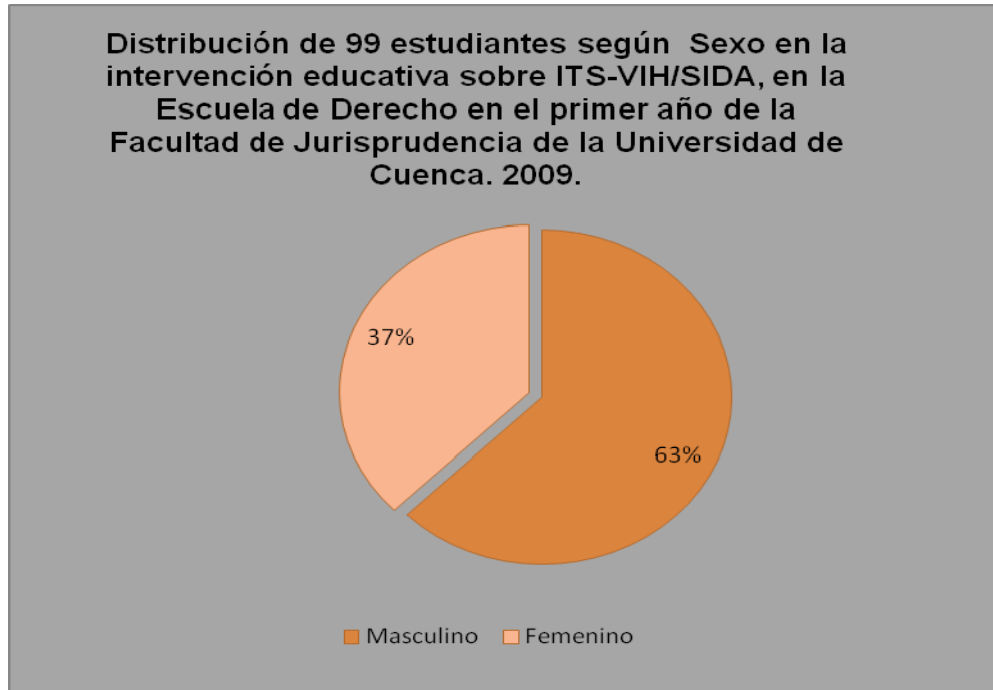
Estudiantes de primer año de la Escuela de Derecho de la Facultad de Jurisprudencia de la Universidad de Cuenca. 2009, realizando la encuesta de postintervención.





## ANEXO 6

### Gráfico N°1



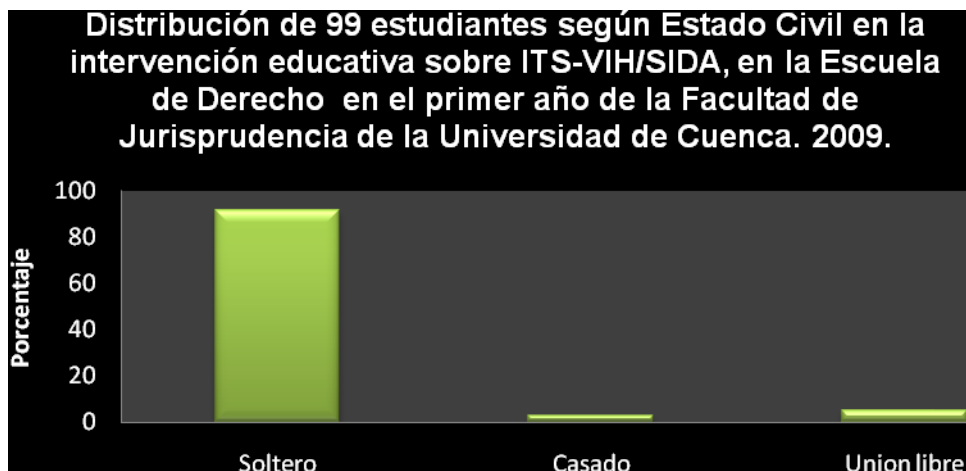
**Fuente:** Tabla N°1 (anexos)

**Elaboración:** Autoras

**Interpretación:** Según el sexo de la población de estudio se puede observar que la mayoría corresponde al femenino con un 63% y en menor porcentaje al masculino con un 37%.



## Gráfico N°2

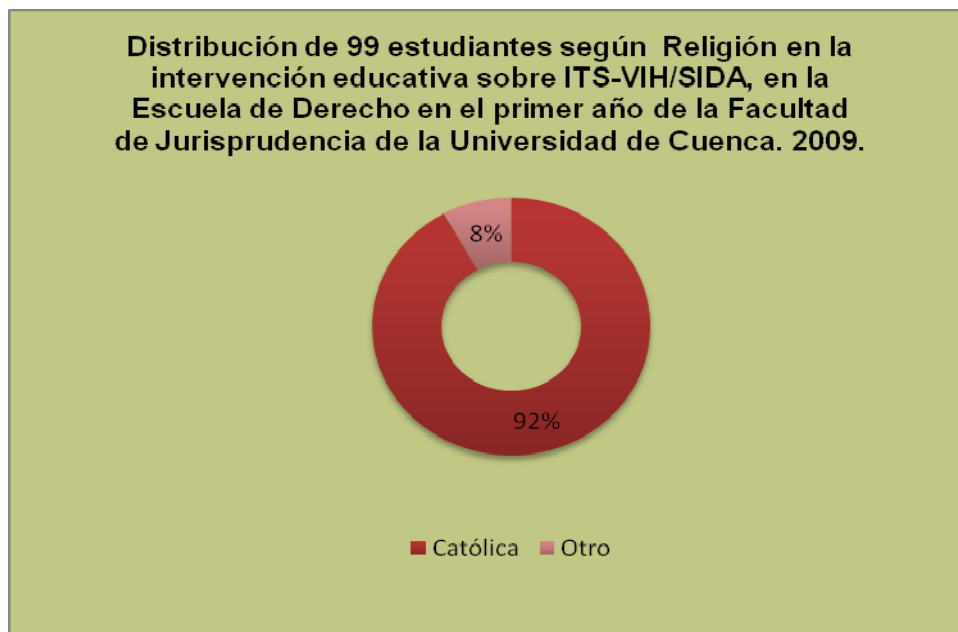


**Fuente:** Tabla N°1 (anexos)

**Elaboración:** Autoras

**Interpretación:** En el presente gráfico se observa que el estado civil de la población de estudio la mayoría corresponde a los solteros con un 91.9%, unión libre con un 5.1% y casados con un 3 %.

### Gráfico N°3



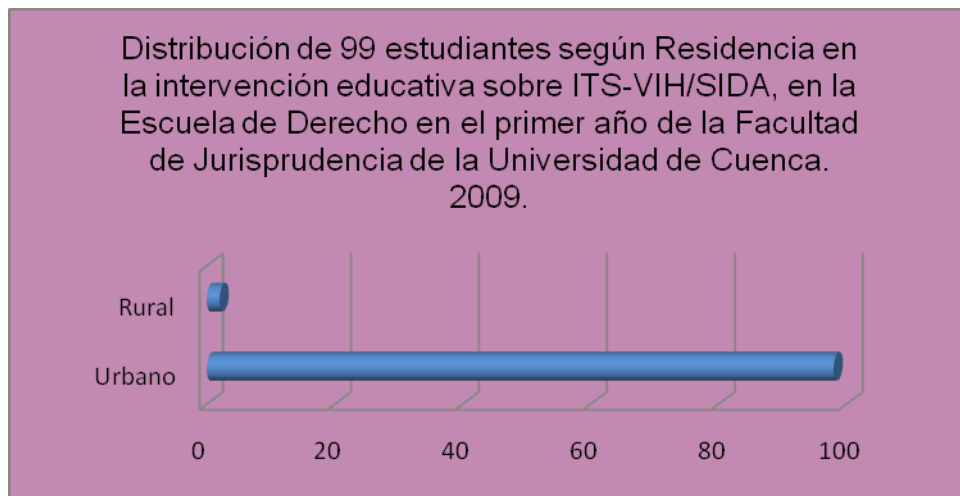
**Fuente:** Tabla N°1 (anexos)

**Elaboración:** Autoras

**Interpretación:** Según la religión de la población de estudio en el presente gráfico podemos observar que la mayoría corresponde a la católica con un 92% y con un menor porcentaje a otras religiones (evangélica, testigo de Jehová) con un 8%.



## Gráfico N°4



**Fuente:** Tabla N°1 (anexos)

**Elaboración:** Autoras

**Interpretación:** En el presente gráfico se observa que la mayoría de la población de estudio procede del sector urbano con un 98% y el 2% corresponde al sector rural.